

217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet

a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 83. §-ának (2) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján a Kormány az alábbiakat rendeli el:

Általános rendelkezések

1. § (1) E rendelet hatálya kiterjed a biztosítottakra, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár központi szervére (a továbbiakban: OEP) és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár igazgatási szerveire, a regionális egészségbiztosítási pénztárakra (a továbbiakban: REP), továbbá a kötelező egészségbiztosítás keretében szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatókra, gyógyszeres és gyógyászati segédeszközt forgalmazó, illetve kiszolgáltató, gyógyászati ellátást nyújtó szolgáltatókra, valamint a biztosított foglalkoztatójára, és annak kifizetőhelyére.

(2) E rendelet alkalmazásában

a) *gyógyfürdő*: az a létesítmény, amit a természetes gyógytényezőkről szóló rendelet alapján az Országos Tisztifőorvosi Hivatal annak nyilvánít,

b) *jövedelem*:

ba) az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai összegének kiszámításánál az Ebtv. által meghatározott időszakban a biztosított által elért, a Tbj. 19. § (3) bekezdése szerint fizetendő egészségbiztosítási járulék alapját képező jövedelem,

bb) az Ebtv. 26. §-a és 50. §-a alapján benyújtott méltányossági kérelmek elbírálásánál a személyi jövedelemadóról szóló törvényben jövedelemként meghatározott vagyoni érték (bevétel) munkavállalói járulékkal, személyi jövedelemadóval, egészségbiztosítási és nyugdíjjáruulékkal, magán-nyugdíjpénztári tagdíjjal, valamint a jövedelemadóról szóló törvényben elismert költségekkel csökkentett része, függetlenül attól, hogy adómentesnek vagy adókötelesnek minősül,

c) *irányadó időszak*: az ellátásra jogosultságot megelőző naptári év első napjától az ellátásra jogosultságot megelőző napig terjed, ha a biztosítás folyamatos,

d) *számítási időszak*: az Ebtv. 48. § (2)-(3) bekezdésében meghatározott időszak.

(3) A (2) bekezdésben foglaltakon túl e rendelet alkalmazásában az Ebtv. 5/B. §-ában foglalt fogalom meghatározásokat kell figyelembe venni.

(4) A Kormány egészségbiztosítóként - ha kormányrendelet ettől eltérően nem rendelkezik - az OEP-et jelöli ki az Ebtv. 26. §-ának (1) bekezdésében, 27. §-ának (10) bekezdésében, 30/A. §-a, 35. §-ának (4), (5) és (7) bekezdésében, 37. §-ának (12) bekezdésében, 80. §-ának (1) bekezdésében, 82. §-ának (2) bekezdésében foglalt feladatok ellátására.

(5) A Kormány egészségbiztosítóként a REP-et jelöli ki az Ebtv. 5. §-ában, 9. §-ában, 21. §-a (1) bekezdésének b) és e) pontjában, 22. §-ának (3) bekezdésében, 26. §-ának (2) bekezdésében, 27. §-ának (1), (2), (5)-(7) és (11) bekezdésében, 30. §-ában, 31. §-ának (6) és (7) bekezdésében, 32. §-ának (1) és (5) bekezdésében, 38. §-ának (2), (4) és (5) bekezdésében, 62. §-a (2) bekezdésének c) pontjában, 63. §-ának (1) bekezdésében, 64. §-ának (2) bekezdésében, 68/A. §-ának (4) bekezdésében, 69. §-ában, 70. §-ának (1) bekezdésében, 71. §-ának (3) bekezdésében, 72. §-ának, 76. §-ának (1) bekezdésében, 80. §-ának (2) és (3) bekezdésében, 81. §-ának (1) bekezdésében foglalt feladatok ellátására.

(6) A Kormány egészségbiztosítóként az OEP-et és a REP-et együtt jelöli ki az Ebtv. 36. §-ának (1)-(4) és (6)-(9) bekezdésében, 38. §-ának (1) és (6) bekezdésében, 38/A. §-ában, 38/B. §-ában, 50. §-ában, 79. §-ának (1) és (3) bekezdésében, 79/A. §-ában foglalt feladatok ellátására.

(7) A Kormány egészségbiztosítóként az Ebtv.-nek a (4)-(6) bekezdésben nem szabályozott eseteire a REP-et jelöli ki.

(8) A Kormány vasutas egészségbiztosítási szervként a Közép-magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztárat jelöli ki az Ebtv. 65. § (2) bekezdésében, valamint 70. § (3)-(4) bekezdésében foglalt feladatok ellátására.

(9) A kifizetőhelyek eljárására - az Ebtv.-ben foglalt eltérésekkel - a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló törvény rendelkezéseit kell alkalmazni.

(10)

A beutalás nélkül igénybe vehető ellátások és a beutalásra jogosult orvosok

[Az Ebtv. 13-17. §-ához és 18. §-a (1) bekezdéséhez]

2. § (1) A biztosított - a sürgősségi ellátást nem igénylő esetekben - orvosi beutaló nélkül is jogosult igénybe venni

- a) szakorvosi rendelő által nyújtott
 - aa) bőrgyógyászati,
 - ab) nőgyógyászati,
 - ac) urológiai,
 - ad) pszichiátriai és addiktológiai,
 - ae) fül-, orr-, gégészeti,
 - af) szemészeti,
 - ag) általános sebészeti és baleseti sebészeti,
 - ah) onkológiai

szakellátást.

Az a) pont szerinti szakellátások körébe - az ott felsoroltakon kívül - nem tartoznak a szakmai főcsoporthoz sorolt, de ráépített szakképesítéssel ellátható szakellátások.

b) az első alkalommal beutalás alapján igénybe vett bőr- és nemibeteg-gondozó, tüdőgondozó és onkológiai gondozó, valamint kúraszerű ellátás keretében a gondozásba vett biztosítottak részére nyújtott ellátást.

(2) Az (1) bekezdésben nem említett járóbeteg-szakellátásokra a biztosítottat


- a) a háziorvos, a házi gyermekorvos (a továbbiakban együtt: háziorvos), valamint szakkonzílium céljából a fogorvos,
- b) a járóbeteg-szakellátás - ideértve az (1) bekezdés b) pontjában foglalt gondozókat és a genetikai tanácsadókat is - orvosa,
- c) a pszichiátriai betegek és a fogyatékosok otthonánál, illetve rehabilitációs intézményénél foglalkoztatott orvos, ideértve a fekvőbeteg-gyógyintézetek orvosát,
- d) az iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat orvosa,
- e) a rendészertért felelős miniszter, valamint a katasztrófák elleni védekezésért felelős miniszter által vezetett és irányított szervek, a honvédelemért felelős miniszter irányítása és vezetése alá tartozó szervek orvosa,
- f) a büntetés-végrehajtás orvosa,
- g) a sorozó orvos,
- h) az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: Szakértői Intézet) szakértői bizottságai orvosa,
- i) a REP ellenőrző főorvosi hálózatának orvosa,
- j) a személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális intézmény orvosa,
- k) az Ebtv. 10. §-a (1) bekezdésének e) alpontja alapján saját feladatkörében az országos sportegészségügyi hálózat orvosa,
- l) a vám- és pénzügyőrség orvosa
- m)

(a továbbiakban együtt: beutaló orvos) utalhatja be.

(3) A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok orvosa járóbeteg-szakellátásra a biztosítottat a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról szóló 27/1995. (VII. 25.) NM rendeletben foglalt feladatai keretében utalhatja be.

(4)

(5) A társadalombiztosítási ellátásra, a külön jogszabályban meghatározott szociális juttatásra vagy kedvezményre való jogosultság megállapítása céljából a biztosított orvosi beutaló nélkül jogosult felkeresni a vonatkozó jogszabály szerint a szakvélemény (igazolás) elkészítésére jogosult egészségügyi szolgáltatót.

 (6) A szakellátásra beutalt biztosított ismételt orvosi beutalás nélkül jogosult igénybe venni a járóbeteg-szakellátást, ha annak keretében ismételt ellátása orvosszakmai szempontból indokolt. Az ismételt ellátás indokoltságát a járóbeteg-szakellátás orvosa rögzíti a biztosított egészségügyi dokumentációjában, és erről írásban tájékoztatja a biztosítottat, azzal, hogy ez nem érinti az ellátás beutaló nélkül történő igénybevételének jogosultságát.

(7)

(8) Amennyiben a biztosított az (1) bekezdésben meg nem nevezett járóbeteg-szakellátást beutaló nélkül vesz igénybe és a 4. § (1) bekezdésének *b*) pontjában meghatározott eset nem áll fenn, az adott szakellátás keretében további szakellátás a biztosított részére nem kezdeményezhető.

3. § (1) A biztosítottat MRI (mágneses magrezonancia), CT (komputertomográfia), DSA (digitális szubtrakciós angiográfia) vizsgálatra kizárólag a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet szakorvosa utalhatja be. A PET-CT (pozitronemissziós tomográfia-komputertomográfia) vizsgálat várólistájára való felvételre a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet klinikai onkológus, hematológus, idegsebész, valamint neurológus szakorvosa tehet javaslatot a külön jogszabály szerinti indikáció esetén.

(2) A biztosítottat a járóbeteg-szakellátás keretében igénybe vehető laboratóriumi vizsgálatokra az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 2. mellékletében külön jelzéssel ellátott, továbbá a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvben meghatározott esetekben kizárólag a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet szakorvosa utalhatja be. Azon laboratóriumi vizsgálatok megismétlése, amelyekre a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyv rendelkezéseket tartalmaz, az abban előírt gyakorisággal kezdeményezhető, kivéve, ha az ettől való eltérést a biztosított egészségi állapota indokolja.

(3) A biztosítottat fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra a 2. § (2) és (4) bekezdésében meghatározott orvos utalhatja be.

(4) A biztosítottat

a) fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolásra, otthoni hospice ellátásra - *a b*) pont kivételével - a külön jogszabályban meghatározott kezelőorvos,

b) az otthoni szakápolás körébe tartozó szakirányú szolgáltatásokra kizárólag a megbetegedés gyógykezeléséhez szakorvosi képesítéssel rendelkező orvos, vagy annak kezdeményezésére háziorvos,

c) krónikus ápolás finanszírozására szerződött egészségügyi szolgáltatónál történő intézeti ápolásra a háziorvos és a fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa utalhatja be.

(5) A biztosítottat rehabilitációs ellátásra kizárólag a rehabilitációt megalapozó megbetegedés gyógykezeléséhez szükséges szakorvosi szakképesítéssel rendelkező orvos és e megbetegedéshez kapcsolódó esetleges szövődmények tekintetében illetékes szakorvos, illetve a rehabilitáció vagy fizioterápia szakorvosa utalhatja be.

(6) A biztosítottat szenvedélybetegsége esetén - az akut elvonási időszakot követően - pszichiáter, addiktológus szakorvos vagy háziorvos utalhatja be rehabilitációs ellátásra.

(7) A (6) bekezdés szerinti szenvedélybeteg rehabilitációja történhet a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény hatálya alá tartozó, az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedéllyel rendelkező személyes gondoskodást nyújtó intézményben is.

(8)

(9) Laborvizsgálat és képalkotó diagnosztikai ellátás nem végezhető beutaló nélkül, kivéve ha a 4. § (1) bekezdés *b*) pontjában meghatározott eset áll fenn.

3/A. § (1) A biztosítottat - a (2) bekezdésben meghatározott kivétellel - az adott szakma tekintetében - a progresszivitás figyelembevételével - a biztosított választása alapján

a) a biztosított bejelentett lakóhelye szerint, vagy

b) a biztosított bejelentett tartózkodási helye szerint, illetve

c) ha a beutaló orvos háziorvos, akkor az *a*) és *b*) pontban meghatározottakon túl a háziorvos telephelye (ennek hiányában székhelye) szerint ellátásra kötelezett járóbeteg-szakellátásra, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetbe lehet beutalni.

(2) A beutaló orvos a biztosított kérésére az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő, az adott szakellátás tekintetében a biztosított ellátására területileg nem kötelezett egészségügyi szolgáltatóhoz utalja be a biztosítottat, ha a szolgáltató a beutaló orvos vagy a biztosított felé írásban nyilatkozott arról, hogy fogadja a biztosítottat.

(3) A (2) bekezdésben meghatározott esetben a szakellátást nyújtó szolgáltató a beutaló orvos megkeresésére 48 órán belül írásban (postai vagy elektronikus úton) nyilatkozik arról, hogy fogadja-e a biztosítottat.

(4) Az egészségügyi szolgáltató a (3) bekezdés szerinti előzetes megkeresés során az ellátást csak az Ebtv. 18. §-ának (3) bekezdésében meghatározott esetben tagadhatja meg.

(5) A beutaló orvos vagy a biztosított felé a (2) bekezdés szerinti tett nyilatkozat tényét, illetve a (3) bekezdés szerinti megkeresés tényét és a megkeresésre kapott választ a biztosított egészségügyi dokumentációjában kell rögzíteni, valamint a (2) bekezdés szerinti nyilatkozat egy példányát a biztosított rendelkezésére kell bocsátani.

(6) A beutalás szerinti egészségügyi szolgáltató a biztosítottat abban az esetben utalhatja tovább magasabb progresszivitási szintű ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz, ha a biztosított ellátásához szükséges feltételekkel nem rendelkezik.

(7) Ha a járóbeteg-szakellátás orvosa a nála megjelent beteg további szakorvosi vizsgálatát tartja szükségesnek, orvosi konzíliumot kérhet, illetőleg a beteget - a 2. § (8) bekezdésében megállapított eset kivételével - továbbutalja a szakmailag illetékes másik szakrendelésre. Amennyiben a járóbeteg-szakellátás orvosa a beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezését tartja szükségesnek, a beteget fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja.

(8) Ha a beutaló szerinti fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa a gyógyintézet szolgáltatásait meghaladó vizsgálat szükségességét állapítja meg, a beteget átutalja a vizsgálatok, illetőleg a gyógykezelés elvégzéséhez megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szakellátást végző intézetbe.

(9) A (6)-(8) bekezdésben foglalt esetekben nem kell alkalmazni az (1)-(5) bekezdésben foglaltakat azzal, hogy a beteg szakellátásra utalásáról, illetőleg átutalásáról a beutaló orvos tájékoztatja a beteg háziorvosát.

(10) A beutalónak tartalmaznia kell:

a) a beutaló orvos és munkahelyének azonosítására szolgáló adatot,

b)

c) az ellátás tényét igazoló adatokat.

(11) Az Ebtv. 18. § (1) bekezdésében foglaltak vizsgálatához az OEP rendszeresen tájékoztatja a finanszírozott egészségügyi szolgáltatót a beutalásra jogosult orvosok kódjáról.

(12) Az egészségügyi szolgáltató belső szabályzatában nevezi meg azon személyt, aki a (2) bekezdésben meghatározott nyilatkozatot megejteti.

4. § (1) A biztosított a 2-3. § rendelkezéseitől eltérően

a) a REP-pel egészségügyi szolgáltatás nyújtására finanszírozási szerződést nem kötött egészségügyi szolgáltató orvosa beutalása alapján is jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra, ha az orvos megállapítása szerint közvetlen életveszély áll fenn, és az életveszély csak fekvőbeteg-gyógyintézetben alkalmazható gyógymóddal hárrítható el,

b) orvosi beutaló nélkül is jogosult a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás kezdeményezésére, ha azt vélelmezi, hogy egészségi állapota az azonnali ellátását indokolja és a beutalásra jogosult orvos felkeresése az ellátását jelentősen késlelteti.

(2) Az (1) bekezdés a) pontjában foglalt esetben az orvos a beteget azonnal fekvőbeteg-gyógyintézetbe szállíttatja és a magánorvosi rendelvényen feltünteti a kórismét, valamint az azonnali felvétel szükségességének indokait.

(3) Az (1) bekezdés b) pontjában foglalt esetben az az egészségügyi szolgáltató, amelynél a biztosított az ellátását kezdeményezi, a biztosított vizsgálatát követően dönt az azonnali ellátás szükségességéről. Amennyiben a vizsgálat megállapítása szerint a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását, az egészségügyi szolgáltató orvosa

a) a biztosítottat a beutalására jogosult orvoshoz irányítja,

b) ha a biztosított továbbra is kezdeményezi az azonnali ellátását, tájékoztatja a biztosítottat az orvosi beutaló nélkül indokolatlanul igénybe vett egészségügyi ellátásért fizetendő térítési díjról.

5. § (1) A szülészeti ellátás keretébe tartozó genetikai tanácsadást és az ehhez szükséges diagnosztikai vizsgálatokat, továbbá a meddőség tényének és okának megállapításához szükséges vizsgálatokat a biztosított szülész-nőgyógyász vagy urológus szakorvos beutalása alapján veheti igénybe.

(2) A terhesség orvosi indikáció alapján történő megszakítására a biztosított az 1992. évi LXXIX. törvény 6. §-ának és 12. §-ának (1)-(4) bekezdésében foglaltak szerint jogosult.

(3) A csecsemő 8 hónapos koráig az egészségügyért felelős miniszter rendeletében meghatározott esetekben fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátása során, továbbá járóbeteg-szakellátása során a gyermekgyógyász szakorvos, illetve házi(gyermek)orvos rendelése alapján jogosult térítésmentesen anyatejjelátásra.

(4) Az anyatej társadalombiztosítási támogatás alapját képező literenkénti árát az egészségügyért felelős miniszter rendelete tartalmazza.

(5) Az Ebtv. 17. §-ának alkalmazásában a fogyatékos gyermekek tekintetében egészségügyi intézményen a fogyatékos gyermek ellátását, korai fejlesztését és gondozását, fejlesztő felkészítést végző, rehabilitációs célú szolgáltatást nyújtó intézményeket és a konduktív pedagógiai intézményt is érteni kell, amennyiben az intézmény egészségügyi szolgáltatásának igénybevételére a mozgásszerveket érintő kórállapot miatt kerül sor.

5/A. § A beutalásra jogosult orvosnak a biztosított beutalása során figyelembe kell vennie az egészségügyi államigazgatási szerv beutalási rendre vonatkozó előírásait.

5/B. § (1) Az Ebtv. 18. §-a (6) bekezdésének e) pontja alkalmazásában különösen veszélyes (extrém) sportnak, szórakoztató-szabadidős tevékenységnek minősül:

a) vízisízés,

b) jet-ski,

- c) vadvízi evezés,
- d) hegy- és sziklamászás az V. foktól,
- e) magashegyi expedíció,
- f) barlangászat,
- g) bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping),
- h) falmászás,
- i) roncsautó (auto-crash) sport, rally,
- j) hőlégballonozás,
- k) félkezes és nyílttengeri vitorlázás,
- l) sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés.

(2) Az Ebtv. 18. §-a (6) bekezdésének *m*) pontja alkalmazásában nem minősül kísérő személynek az ellátásban részesülő biztosított szülője, törvényes képviselője és közeli hozzátartozója, amennyiben a biztosított az ellátás igénybevételének megkezdésekor a 14. életévét nem töltötte be. A szülő, törvényes képviselő és közeli hozzátartozó részére biztosított szállás és étkezés finanszírozása külön jogszabályban foglaltak szerint történik. A szülő, törvényes képviselő és közeli hozzátartozó tekintetében az Ebtv. 24. § (4) bekezdését alkalmazni kell.

(3) Amennyiben a biztosított az ellátás igénybevétele során elhalálozik, az Ebtv. 18. §-ának (10) bekezdése szerinti elszámolási nyilatkozatot a közeli hozzátartozó részére kell átadni, ha azt a közeli hozzátartozó kéri.

5/C-5/G. §

5/H. § (1)-(5)

(6)-(14)

5/I. §

5/J. §

Különleges helyzetből adódó eltérő rendelkezések

[Az Ebtv. 18. §-a (4) bekezdéséhez]

6. § (1) A Magyar Honvédség és a rendvédelmi szervek (a Rendőrség, a hivatásos katasztrófavédelmi szervek, a Vám- és Pénzügyőrség, a büntetés-végrehajtási szervezet, a hivatásos önkormányzati tűzoltóság, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálatok) (a továbbiakban együtt: fegyveres szervek) hivatásos és szerződéses állományú tagjai az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére az Ebtv. és e rendelet rendelkezései alapján jogosultak azzal, hogy e jogosultságuk nem érinti a külön jogszabály vagy a fegyveres szerv rendelkezése alapján kijelölt egészségügyi szolgáltató igénybevételével kapcsolatos kötelezettséget. A fegyveres szervek hivatásos, szerződéses, köztisztviselő, közalkalmazott és nyugállományú, katonai intézeti hallgató tagjának, továbbá igényjogosult közeli hozzátartozójának vizsgálatát és gyógykezelését - kérésére, az Ebtv. 18. §-ának (4) bekezdése szerinti külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével - az egészségi állapota által indokolt, az ágazati jogszabályukban meghatározott egészségügyi szolgáltatónál kell kezdeményezni.

(2) Az őrizetbe vett, az előzetesen letartóztatott, az elzárásra utalt és a szabadságvesztés büntetését töltő (a továbbiakban együtt: fogvatartott) személyek az egészségügyi szolgáltatásra - a személyes szabadságuk korlátozásából adódóan - a fogvatartó szerv keretén belül, illetve, ha ott nem biztosítható az egészségi állapotuknak megfelelő ellátásuk, a fogvatartó szerv által kijelölt egészségügyi szolgáltatónál jogosultak.

(3) A vasúti és a hajózási dolgozók, továbbá a polgári repülés dolgozói egészségügyi szolgáltatások igénybevételére való jogosultságát nem érinti a külön jogszabály rendelkezése alapján kijelölt egészségügyi szolgáltató igénybevételével kapcsolatos kötelezettség.

7. §

A gyógyászati ellátások árához, valamint a gyógyászati segédeszközök árához, javítási és kölcsönzési díjához nyújtott támogatás

7/A. § (1) A biztosított az Ebtv. 21. §-ának (2) bekezdése alapján fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelése alatt, illetve elbocsátása előtt akkor jogosult árhoz nyújtott támogatással gyógyászati segédeszközre, amennyiben az a betanítás, végleges ellátás céljából már a fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása alatt indokolt, kivéve, ha a gyógyászati segédeszköz alkalmazása vagy használata a fekvőbeteg-ellátás keretében finanszírozott.

(2) A biztosított az Ebtv. 21. §-ának (2) bekezdése alapján akkor is jogosult

a) fogpótlás és fogszabályozó készülék, illetve tartozékai árához nyújtott támogatásra, amennyiben ezek kiszolgáltatására fogorvosi (fogszakorvosi) rendelésen,

b) hallásjavító készülék és tartozékai árához nyújtott támogatásra, amennyiben ezek kiszolgáltatására a külön jogszabályban foglalt feltételekkel audiológiai szakrendelésen,

c) egyedi méretvétel alapján gyártott kontaktlencse árához nyújtott támogatásra, amennyiben annak kiszolgáltatására szemészeti szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál nyújtott ellátás keretében kerül sor.

(3) Az OEP a külön jogszabályban meghatározottak figyelembevételével a támogatást megállapíthatja a) százalékos mértékben,

b) a termékek meghatározott csoportjára, továbbá az azonos betegségek kezelésére szolgáló termékekre, illetve azok kölcsönzésére meghatározott (fix) összegben,

c) a betegségtől függő keretösszegben.

(4) Egy adott gyógyászati segédeszköz árához eltérő mértékű támogatás állapítható meg a gyógykezelést megalapozó, külön jogszabályban meghatározott betegségcsoportok különbözősége alapján is.

(5) Külön jogszabályban meghatározott termékcsoporthoz esetében a támogatás megállapítható a termék mérete és a referenciatermék egy egységnyi területének árához nyújtott támogatás alapján is, amennyiben ezt a termékcsoporthoz jellege indokolttá teszi.

(6) Meghatározott (fix) összegű támogatás állapítható meg az egyes, meghatározott betegségek (kórképek) kezelésére alkalmas különböző termékek körére, ha azok alkalmazását klinikailag azonos javallatra állapították meg.

7/B. § (1) A százalékos mértékű támogatás alapja az OEP által elfogadott, az árhoz nyújtott támogatás alapjául szolgáló, általános forgalmi adóval (a továbbiakban: áfa) megnövelt ár.

(2) A meghatározott (fix) összegű támogatás azonos a 7/C. § szerinti referenciatermék árához megállapított támogatás összegével.

(3) A referenciatermék a termékcsoporthoz megállapított százalékos támogatásban részesül.

(4) Azon termék támogatása, melynek az árhoz nyújtott támogatás alapjául szolgáló - áfa nélküli - ára (a továbbiakban: közfinanszírozás alapjául elfogadott ár) a referenciatermékével azonos vagy annál magasabb, megegyezik a referenciatermék támogatásának összegével.

(5) Azon termék támogatásának mértéke, amelyeknek a közfinanszírozás alapjául elfogadott ára a referenciatermékénél alacsonyabb, megegyezik a referenciatermék árához nyújtott támogatás százalékos mértékével.

(6) A gyógyászati segédeszköz kölcsönzéséhez nyújtott támogatás alapjául szolgáló díjhoz (a továbbiakban: kölcsönzési díj) nyújtott támogatás összege megegyezik a referenciatermék kölcsönzési díjához nyújtott támogatás összegével.

7/C. § (1) Referenciatermék az a meghatározott (fix) támogatási csoportba tartozó gyógyászati segédeszköz, amely

a) a támogatási csoporton belül a legalacsonyabb közfinanszírozás alapjául elfogadott árú termék, melynek a kialakított támogatási csoportra vonatkoztatott OEP felé történő elszámolásban kimutatható forgalmi részesedése referencia árképzést megelőző 12. hónap 1. napjától a referencia árképzést megelőző 3. hónap 1. napja közötti időszakban az 1%-ot elérte,

b) kölcsönzés esetén a támogatási csoporton belül a legalacsonyabb kölcsönzési díjú termék.

(2) Ha a támogatási csoporton belül a gyógyászati segédeszközök méretük vagy kivitelük alapján egymással nem megfeleltethetők, akkor az (1) bekezdéstől eltérően a nem megfeleltethető gyógyászati segédeszközök közül referenciaterméknek a legalacsonyabb közfinanszírozás alapjául szolgáló árral rendelkező termék tekinthető.

(3) Az (1) bekezdés a) pontja szerinti gyógyászati segédeszköz használatához elengedhetetlenül szükséges tartozékoknak a termékkel együttesen kell támogatási csoportjukon belül a legalacsonyabb közfinanszírozás alapjául elfogadott árral kell rendelkeznie.

(4)

7/D. § A külön jogszabály szerint különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek árára és az árához nyújtott támogatásra a gyógyszerek közfinanszírozási árára és az árához nyújtott támogatásra vonatkozó rendelkezéseket értelemszerűen alkalmazni kell.

8. § (1) A rendeltetésszerű használat során a külön jogszabályban foglalt kötelező jótállási időtartamon túl, a kihordási időn belül meghibásodott gyógyászati segédeszközök javítási díjához nyújtott támogatás

a) mértéke támogatott termék esetében

aa) azonos az adott termék árához nyújtott, a javítás idején érvényes támogatás mértékével, ha a termék százalékos támogatásban részesül,

ab) azonos az adott termékcsoporthoz referenciatermékére vonatkozó, a javítás idején érvényes százalékos támogatás mértékével, ha a termék meghatározott (fix) támogatásban részesül,

de legfeljebb a javítás időpontjában az adott gyógyászati segédeszközre meghatározott támogatási érték 60%-ának megfelelő összeg, a külön jogszabály szerinti egyedi méretvétel alapján készített termék javítási

díja legfeljebb az adott termék árához a javítás idején nyújtott társadalombiztosítási támogatás összegének megfelelő összeg lehet,

b) mértéke a javítás időpontjában már nem, de kiváltáskor támogatott termék esetében

ba) azonos az adott termék árához a társadalombiztosítási támogatás megszűnését közvetlenül megelőző napon nyújtott támogatás mértékével, ha a termék százalékos támogatásban részesült,

bb) azonos az adott termékcsoporthoz referenciatermékére a javított eszköz társadalombiztosítási támogatása megszűnését közvetlenül megelőző napon nyújtott százalékos támogatás mértékével, ha a termék eredetileg fix támogatásban részesült,

de legfeljebb az adott gyógyászati segédeszközre meghatározott legutolsó támogatási érték 60%-ának megfelelő összeg, a külön jogszabály szerinti egyedi méretvétel alapján készített eszköz javítási díja legfeljebb az adott eszköz árához a társadalombiztosítási támogatása megszűnését közvetlenül megelőző napon nyújtott társadalombiztosítási támogatás összegének megfelelő összeg lehet,

c) több javítás esetén az első javítást követő egy éven belül összesen nem haladhatja meg az adott termékre meghatározott, illetve a kiváltáskor érvényes támogatás összegét,

d) a támogatott termékre közgyógyellátás jogcímen jogosultak esetében 100%.

(2) A rendeltetésszerű használat során meghibásodott egyedi méretvétel alapján gyártott gyógyászati segédeszközök javítási díjához az eredeti kihordási idő leteltét követően a kihordási idővel azonos ideig az (1) bekezdés a)-b) pontja szerinti támogatás vehető igénybe.

(3) A (2) bekezdésben foglaltak esetén a biztosított részére a javított eszközzel azonos rendeltetésű eszközcsoporthoz tartozó új terméket rendelni nem lehet, kivéve a kihordási időn belüli felírhatóság szabályaival azonos esetben. Ha a kihordási idő leteltét követően az eszközzel azonos rendeltetésű eszközcsoporthoz tartozó új terméket rendeltek, a (2) bekezdésben foglalt javítási díjhoz nyújtott támogatás nem vehető igénybe.

(4) Az árhoz nyújtott támogatásban nem részesülő, finanszírozott ellátás keretében beültetett cochlearis implantátum rendeltetésszerű használata során a külön jogszabályban foglalt kötelező jótállási időtartamon túli meghibásodása esetén az alkatrészek cseréjéhez és javítási díjához nyújtott külön jogszabályban meghatározott mértékű támogatás elszámolására az OEP megállapodást köthet a szolgáltatóval.

(5) Az árhoz nyújtott támogatásban nem részesülő gyógyászati segédeszközök kölcsönzési díjához nyújtott támogatás mértéke a kölcsönzési díj áfával növelt összegének külön jogszabályban meghatározott százaléka.

(6) Egy termék javítására a kihordási időn belül maximum a termék közfinanszírozás alapjául elfogadott ára 130%-ának megfelelő összeg fordítható. Az ezt meghaladó javítási igény esetén az eszközt a gyártó vagy saját költségére javítja, vagy a kihordási idő végéig cserekészüléket biztosít.

(7) A társadalombiztosítási támogatás alapját képező nettó javítási díj összetevői:

a) a javításhoz felhasznált, beszerzési számlával igazolt alkatrészek nettó ára,


b) a javítás munkadíja, mely a javítás munkafázisainak órában kifejezett időszükséglete szorozva a rezi óradíj összegével.

(8) Az egy évnél hosszabb kihordási idejű eszközök, esetében a termék gyártójának vagy meghatalmazott képviselőjének a termék javítását dokumentáló szervizkönyvet kell biztosítani, amelyben a javítást végzőnek rögzíteni kell a gyártó vagy meghatalmazott képviselője nevét és címét, az eszköz megnevezését, típusát, gyártási számát, hibáját, az elvégzett javításokat, annak nettó díjösszegeit és időpontjait.

9. §

10. §

10/A. § (1)


 (2) A Társadalombiztosítási Ár- és Támogatási Bizottság (a továbbiakban: TÁTB) az egészségbiztosításért felelős miniszter, az államháztartásért felelős miniszter, a gazdaságpolitikáért felelős miniszter, valamint a szociál- és nyugdíjpolitikáért felelős miniszter véleményező, javaslattevő szerve. A TÁTB-nak a gazdaságpolitikáért felelős miniszter, valamint a szociál- és nyugdíjpolitikáért felelős miniszter által javasolt tagjait, továbbá az egészségbiztosításért felelős miniszter által vezetett minisztérium, az államháztartásért felelős miniszter által vezetett minisztérium, valamint az egészségbiztosító képviselőiből álló tagjait és elnökét az egészségbiztosításért felelős miniszter - az államháztartásért felelős miniszterrel egyetértésben - nevezi ki.


(3) A TÁTB feladat- és hatásköréről, valamint működési rendjéről külön jogszabály rendelkezik.

(4)

(5)-(6)

10/B. §

 **10/C. § (1)** Az OEP a honlapján folyamatosan közzéteszi a támogatott gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyászati ellátások tárgyában megkötött, és hatályos támogatásvolumen-szerződések következő tartalmi elemeit:

 a) a szerződő felek megnevezése, a szerződés tárgyát képező termékek neve,

- ☞ b) a szerződés időbeli hatálya,
- ☞ c) gyógyszer esetén a szerződés által érintett indikációs pont (Eü. pont) száma,
- ☞ d) a szerződésben megjelölt befizetés megállapításának a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (a továbbiakban: Gyftv.) 26. § (5) bekezdése szerinti módja,
- ☞ e) a Gyftv. 26. § (5) bekezdés c) és d) pontja szerinti esetben a szerződés teljes szövege.
- ☞ (2) A közzétételi kötelezettség a szerződés időbeli hatályának lejártát követő második hónap utolsó napjáig áll fenn.
- ☞ (3) A Gyftv. 26. § (5) bekezdés c) pontja szerinti esetben - a szerződő felek eltérő megállapodása hiányában - a terápiaeredményességi mutatók számításához, illetve teljesülésük nyomon követéséhez az OEP adattárházában szereplő finanszírozási adatokat kell alapul venni.
- 10/D. §** A gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök közbeszerzésének részletes és sajátos szabályairól szóló kormányrendelet alapján beszerzésre kerülő gyógyszerek esetében a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár a közbeszerzési eljárás során kerül meghatározásra.
- 10/E. §** A Magyar Állam és a gyógyszergyártók, forgalmazók között létrejött szerződésben meghatározott gyártói befizetési kötelezettség Egészségbiztosítási Alap javára történő teljesítése, a tényadatokon alapuló végleges elszámolás szerinti rendezés a szerződésben megállapított szabályoknak megfelelően számított összegben, az ott részletezett ütemezésben és feltételek szerint történik.
- 10/F. §** (1) A társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátások körét, valamint az árukhoz nyújtott támogatás mértékét az egészségbiztosításért felelős miniszter az államháztartásért felelős miniszterrel egyetértésben rendeletben állapítja meg.
- (2) A támogatás kezelés-fajtánként százalékos mértékben, illetve fix összegben állapítható meg. A százalékos mértékű, illetve fix összegű támogatás alapja az OEP által a (3)-(5) bekezdésben meghatározottak szerint elfogadott ár (a továbbiakban: a közfinanszírozás alapját képező ár).
- (3) Az OEP a közfinanszírozás alapját képező ár kialakítására irányuló tárgyalásokat szükség szerint, de legalább két évente egyszer bonyolítja le. A tárgyalási feltételeket az OEP főigazgatója - a TÁTB véleményének előzetes kikérése után - legalább négy héttel a tárgyalások megkezdése előtt a Magyar Közlöny mellékleteként megjelenő Hivatalos Értesítőben közzéteszi.
- (4) A (3) bekezdés szerinti tárgyaláson való részvétel feltétele, hogy a külön jogszabályban foglaltak szerint gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására jogosult szolgáltató az alkalmazott számítások egyidejű bemutatásával nyilatkozzon arról, hogy az általa tett ajánlat kialakítása során figyelembe vette, hogy a fajlagos költségeket és az üzleti kockázatot csökkenti, ha a gyógyászati ellátást támogatással nyújtja.
- (5) A tárgyalásokon döntési vagy tanácskozási joggal részt vevő, illetve szakértőként közreműködő személyekkel szemben a közbeszerzési eljárásnál alkalmazandó összeférhetetlenségi szabályokat értelemszerűen alkalmazni kell.
- (6) Az OEP a tárgyalások során kialakított, a közfinanszírozás alapját képező javasolt árakat a tárgyalás lezárását követő 30 napon belül az egészségügyért felelős miniszter elé terjeszti.
- (7) A kialakított árak és támogatási mértékek legkésőbb a tárgyalás lezárását követő második negyedév végéig - az (1) bekezdésben foglaltaknak megfelelően - legalább két évente kihirdetésre kerülnek.
- 10/G-H. §**

Utazási költségtérítés

(Az Ebtv. 22. §-ához)

- 11. §** (1) Az utazási költségtérítés mértéke megegyezik az adott távon menetrend szerint közlekedő közforgalmú közlekedési eszközök igénybevételére megszabott - a helyközi járatokon érvényes, a biztosított által igénybe vehető, a személyszállítási utazási kedvezményekről szóló jogszabályban meghatározott kedvezmény összegével csökkentett legolcsóbb díjtételű menetjegy árával. A hely- és pójtjegyek árához, nem jár utazási költségtérítés. A Győr-Sopron-Ebenfurti Vasút magyar vonalán, továbbá a BKV-HÉV vonalain Budapest közigazgatási határain kívül történő utazás esetén is jár az utazási támogatás.
- (2) Az utazási támogatás igénybe vehető a (4) bekezdés szerinti utazási utalvánnyal, gépkocsival történő utazás esetén az (5) bekezdésben meghatározottak szerint, illetve a (14) bekezdés szerinti utazási költségtérítési utalvánnyal. Az utazási költségtérítési utalvány az OEP által rendszeresített olyan szigorú számadású nyomtatvány, amely két pénztári és egy ellenőrző szelvényből áll.
- (3) Az utazási utalvány kiállítására és a szolgáltatás igénybevételének igazolására jogosult
- a) a 2. § (2)-(3) bekezdései, továbbá a 3. § (1) és (3) bekezdése szerint beutalásra jogosult orvos, a szakellátásra, illetve az orvosszakértői vizsgálatra történő beutaláskor,

b) az egészségügyi szakellátás orvosa - ideértve a gondozóintézet szakorvosát is - a vizsgálat, a kezelés, a fekvőbeteg-gyógyintézetből való elbocsátás - ideértve az adaptációs szabadságra való elbocsátás és visszarendelés esetét is - és az ismételt kezelés elrendelésekor, továbbá az egészségügyi szakellátás illetékes főorvosa által kijelölt személy, ha a biztosított kezelését nem orvos végzi,

c) az orvosi rehabilitáció keretében szanatóriumi ellátás rendelésére jogosult orvos a beutaláskor, elbocsátáskor pedig a szanatórium által kijelölt orvos,

d) gyógyászati ellátás igénybevétele esetében, az annak rendelésére jogosult orvos az elrendelésekor - megjelölve az igénybevétel számát vagy időtartamát is -, az ellátás igénybevételét követően pedig a gyógyászati ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató - ideértve a gyógyászati ellátást nyújtó közfürdőt, gyógyfürdőt is - által kijelölt személy,

e) egyedileg, méretre készített gyógyászati segédeszközöknél a rendelő orvos, valamint a szükséges próbára való berendeléskor és kiszolgáltatáskor, továbbá a gyógyászati segédeszközök javításakor személyes megjelenés esetén a gyógyászati segédeszköz gyártó (forgalmazó) által kijelölt személy,

f) a Szakértői Intézet illetékes szervének vezetője által kijelölt személy a vizsgálat elrendelésekor, illetőleg a vizsgálatot követően,

g) a Szakértői Rehabilitációs Bizottság vezetője a vizsgálaton történő megjelenéskor,

h) az Ebtv. 22. §-ának (5) bekezdésében említett esetben - a szűrővizsgálat igénybevételének időpontjáról szóló értesítés kiállításával egyidejűleg - az értesítést kiállító egészségügyi szolgáltató vagy az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat által kijelölt személy.

(4) Az utazási költség megtérítésére való jogosultság csak abban az esetben állapítható meg, ha az arra jogosult orvos az utazás szükségességét igazolja. A jogosultság igazolása az erre a célra rendszeresített szigorú számadású "Utazási utalvány" elnevezésű nyomtatványon történik, amelyen legfeljebb 4 megjelenés igazolható. Az "Utazási utalvány"-t a beutalással egyidőben kell kiállítani. Utólagos kiállítására nincs lehetőség.

(5) Azt a biztosítottat, aki a beutalásra jogosult orvos döntése alapján betegsége, egészségi állapota miatt tömegközlekedési eszközön utazni nem képes - melynek tényét és indokát a beutalásra jogosult orvos az utazási utalványon feltünteti -, utazási költségtérítésként kilométerenként 21 forint illeti meg. Amennyiben a biztosított egészségi állapota miatt kísérő szükséges, a fenti összeg együttesen illeti meg a biztosítottat és kísérőjét. Az útvonal hosszának meghatározásánál az adott viszonylatban legrövidebb távon közlekedő tömegközlekedési eszköz útvonalát kell figyelembe venni. Az utazási költség megtérítésére a (10) bekezdésben foglaltak az irányadók azzal, hogy az utazási utalványhoz a menetjegyet nem kell csatolni.

(6) A korai fejlesztést és gondozást, a fejlesztő felkészítést nyújtó intézmény igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költség megtérítéséhez utazási utalvány kiállítására a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény 34. §-ának c) pontja szerinti tevékenységet végző Szakértői és Rehabilitációs Bizottság vezetője jogosult. Az említett szolgáltatások igénybevételét a szolgáltatást nyújtó intézmény vezetője az erre a célra rendszeresített nyomtatványon igazolja.

(7) Az Ebtv. 22. §-ának alkalmazásában a fogyatékos gyermekek ellátását biztosító gyógypedagógiai intézmény a fogyatékos gyermekek korai fejlesztését és gondozását nyújtó intézménnyel azonos elbírálás alá esik.

(8) Nem jár utazási költségtérítés annak, aki a külön jogszabály alapján díjmentes utazásra jogosult, ide nem értve az (5) bekezdésben foglalt esetet. Ha a beutalt díjmentes utazásra jogosult és - beutalásra jogosult orvos javaslata alapján - kísérőre van szüksége, akkor az utazási utalványt a kísérő számára ki kell állítani.

(9) Az Ebtv. 22. §-ának (5) bekezdése szerinti esetben a helyi önkormányzatot illeti meg a szűrővizsgálaton történő részvétel céljából általa szervezett csoportos utazáson részt vett biztosítottak járó utazási költségtérítés, amennyiben a közlekedési eszközt térítésmentesen bármilyen formában az önkormányzat biztosítja és a biztosított a szűrővizsgálat igénybevételének időpontjáról szóló, a szűrővizsgálat során érvényesített értesítőt a szűrővizsgálatot követően átadja a helyi önkormányzatnak. Ezzel egyidejűleg az utazási költségtérítés iránti igény, mint követelés a helyi önkormányzatra száll át, aki az adott csoportos utazáson részt vett biztosítottak által részére átadott értesítők alapján összesített követeléseket - a Polgári Törvénykönyv engedményezésre vonatkozó szabályainak figyelembevételével - egy összegben érvényesítheti az OEP által erre rendszeresített formanyomtatványon az E. Alappal szemben. A helyi önkormányzat valamennyi érvényesített és rendelkezésére bocsátott értesítő után az (1) bekezdésben foglaltak szerint számított összeg hatvan százalékára jogosult utazási költségtérítésként.

(10) Az egészségbiztosító a menetjegy, valamint a (3) bekezdésben felsorolt beutalásra jogosult által kiállított és az egészségügyi szolgáltatónál történő megjelenés leigazolásával ellátott utazási utalvány együttes benyújtása alapján, a kérelmező részére járó viteldíj árát utólag megtéríti.

(11) Tömegközlekedési eszközzel történő utazás esetén legfeljebb egy kísérő jogosult az (1)-(4), (6)-(10) és (14)-(20) bekezdésben foglaltak szerint a kísérettel kapcsolatban felmerült utazási költségei (oda- és visszaút) megtérítésére, amennyiben az egészségügyi szolgáltatás beutalás szerinti igénybevételének helyén

az orvos a kijelölt személy megjelenését igazolja: Több biztosított egyidejű kísérete során csak egyszeri utazási költség téríthető meg a kísérő részére.

(12) Nem tömegközlekedési eszközzel történő utazás esetén legfeljebb 1 kísérő jogosult az (5) bekezdésben foglaltak szerint a kísérettel kapcsolatban felmerült utazási költség megtérítésére. A kísérőt hazautazása, illetve a kísért biztosítottért történő visszautazása során utazási költségként kilométerenként 18 forint illeti meg, amennyiben a kísért biztosított egészségi állapota, illetve elhúzódo kezelése miatt rövid időn belül nem tud lakóhelyére távozni. A kísérő részére - a kísért biztosított nélküli utazás esetén - ugyanazon napra legfeljebb 2 út (1 oda-1 vissza) számolható el akkor, ha a kísérő a REP felé a kísért biztosított ellátásának igénybevételére vonatkozó, rendelkezésére álló hivatalos dokumentummal igazolja az utazás szükségességének indokát. Ezen igazolás hiányában nyilatkozatot kell tennie a többszöri utazás szükségességének indokáról. Igazolás vagy nyilatkozat nélkül, valamint valótlan tények közlése esetén térítés nem állapítható meg. A kísérő részére akkor sem állapítható meg ugyanazon napra vonatkozóan 2 útra költségterítés, ha az egészségügyi szolgáltató vagy a (6), illetve (7) bekezdésben meghatározott szolgáltatót nyújtó intézmény és biztosított lakóhelye egymástól való távolsága a 100 kilométert meghaladja.

(13) Ha az utazási költségterítés iránti eljárásban a (4) bekezdés szerinti nyomtatvány több utazás igazolását tartalmazza, akkor az igényérvényesítésre nyitva álló időtartam az e nyomtatványon igazolt valamennyi utazás tekintetében az utolsó igazolt utazás időpontjától számított hat hónap.

(14) Utazási költségterítési utalvány igénybevételére a (15) bekezdésben foglaltak szerint jogosult személy és kísérője az egészségbiztosítóval szerződést kötött közlekedési társaságok vonalain az utazási költségterítési utalvánnyal díjfizetés nélkül utazhat.

(15) A utazási költségterítési utalvány igénybevételére jogosult az a biztosított, aki

- a) közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik, vagy
- b) krónikus betegsége, vagy állandósult egészségi állapota miatt legalább havi egy alkalommal kezelésre jár, illetve kúraszerű ellátást vesz igénybe, vagy
- c) szakorvosi vélemény alapján olyan egészségügyi szolgáltatóhoz utazik, amely lakóhelyétől (tartózkodási helyétől) az Ebtv. 22. §-a (1) bekezdése *ba*) pontjában meghatározott egészségügyi szolgáltatónál nagyobb távolságra található.

(16) Az utazási költségterítési utalvány kiállítására kizárólag házi orvos és házi gyermekorvos jogosult.

(17) Az utazási költségterítési utalvánnyal történő utazás lehetőségéről és az igénybevétel feltételeiről a biztosítottat a házi orvos, vagy házi gyermekorvos tájékoztatja.

(18) A biztosított a pénztári és ellenőrző szelvényt az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének leigazolását követően, a következő orvos-beteg találkozó alkalmával házi orvosánál, házi gyermekorvosánál köteles leadni.

(19) Amennyiben a biztosított a (18) bekezdésben előírt kötelezettségének az ott meghatározott időpontban nem tesz eleget, úgy a (18) bekezdésben meghatározott időponttól számított 6 hónapon belül újabb utazási költségterítési utalványt a házi orvos, házi gyermekorvos nem állíthat ki részére.

(20) A házi orvos, házi gyermekorvos a kiállított utazási utalványokról az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletben szabályozott, a „Házi orvosi betegforgalmi tevékenység tételes jelentése” „továbbküldés eszköze” soron jelentést tesz. Az utazási költségterítési utalványon a megjelenést az egészségügyi szolgáltató leigazolja.

(21) Az utazási költségterítési utalvány kiállítására, felhasználására és a szolgáltatás igénybevételének igazolására az (1)-(3) és (6)-(8) bekezdésben foglalt rendelkezéseket a (14)-(20) bekezdésben foglalt eltérésekkel kell alkalmazni.

(22) Az utazási utalványok elszámolása a közlekedési társaságok és az egészségbiztosító között létrejött szerződés alapján történik.

Az egészségügyi intézményen belüli orvosválasztás

11/A. § (1) Az Ebtv. 19. §-ának (3) bekezdése alapján történő orvosválasztás akkor érvényes, ha azt írásba foglalták (orvosválasztási nyilatkozat) és annak három példányát a biztosított, valamint a választott orvos kézzeljegyzéssel ellátta.

(2) Az orvosválasztási nyilatkozatban meg kell határozni a kapcsolattartás módját, a választott orvos közreműködésével nyújtott ellátás igénybevételének rendjét, az orvosválasztásért fizetendő részleges térítési díj mértékét és várható összegét, a nyilatkozatban foglaltak módosítására és visszavonására vonatkozó rendelkezéseket.

(3) Az aláírt orvosválasztási nyilatkozat egy példánya a biztosított egészségügyi dokumentációjának részét képezi, egy-egy példányát pedig az azt aláíró biztosított és a választott orvos kapja.

(4) Az egészségügyi szolgáltatónak jól látható helyre ki kell függesztenie az orvosválasztás lehetőségéről szóló tájékoztatót, melynek tartalmaznia kell az orvosválasztásért fizetendő részleges térítési díj mértékét is.

☞ (5)-(6)

Méltányosságból engedélyezhető egészségügyi szolgáltatások

☞ **11/B. §** (1) Az Ebtv. 26. § (1) bekezdés *a*) pontja alapján egészségügyi szolgáltatás térítési díja abban az esetben vállalható át, ha a kérelmező a kérelmezett szolgáltatást finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltatónál (a továbbiakban: finanszírozott egészségügyi szolgáltató) veszi igénybe.

(2) Az (1) bekezdés szerinti méltányossági kérelmet a biztosított a lakóhelye szerint illetékes REP-nél mint közreműködő hatóságnál nyújthatja be.

(3) A kérelemnek tartalmaznia kell a biztosított Társadalombiztosítási Azonosító Jelét (a továbbiakban: TAJ szám), továbbá a kérelemhez mellékelni kell:

a) az ellátás (beavatkozás) szakmai indokoltságát alátámasztó egészségügyi dokumentációt,

b) az ellátást (beavatkozást) végző egészségügyi szolgáltató megnevezését, továbbá nyilatkozatát a beavatkozás elvégzésének, illetve az orvos szakmai szempontból indokolt ellátásnak a vállalásáról, annak várható költségéről, valamint implantátum vagy egyéb speciális eszköz esetén a magyarországi forgalmazó árajánlatát,

c) fogászati rekonstrukció esetén a kezelési tervet, valamint a megyei szakfőorvos véleményét a beavatkozás szakmai indokoltságáról,

d) a biztosított nyilatkozatát a saját és a vele közös háztartásban élők által - a kérelem benyújtását megelőző 12 hónapban - megszerzett jövedelemről.

(4)

(5) A REP az ellenőrző főorvos szakvéleményével, javaslatával ellátott kérelmet felterjeszti az OEP-hez.

11/C. § (1) A 11/B. § szerinti kérelem elbírálása során figyelemmel kell lenni a kérelmező jövedelmi viszonyára és kiemelt szempont az orvos szakmai indokoltság vizsgálata.

(2) Implantátum, egyéb speciális eszköz árának átvállalására irányuló kérelemnél vizsgálni kell, hogy *a*) az a születési vagy később bekövetkezett rendellenesség korrekciója során, vagy üzemi balesetből, foglalkozási megbetegedésből eredő egészségkárosodás esetén kerül-e felhasználásra,

b) a fejlődési rendellenesség egyéb terápiával orvosolható-e,

c) a deformitás kialakulását okozta-e orvosi beavatkozás vagy valamilyen trauma.

(3) Az OEP a kérelmet érdemi vizsgálat nélkül elutasító végzését, az eljárást megszüntető végzését és határozatát közli a beavatkozást elvégző egészségügyi szolgáltatóval és a REP-pel. A kérelem elutasítása esetén a határozatot közölni kell a kezelőorvossal is.

(4) Az átvállalt térítési díj összegét az OEP a beavatkozás elvégzése után, a kórházi zárójelentés vagy a klinikai összefoglaló, valamint a beavatkozás, illetve a felhasználásra került anyag, eszköz költségét igazoló számla - szolgáltató által történő - megküldését követően utalványozza az egészségügyi szolgáltató részére. A számlának tartalmaznia kell a biztosított nevét, TAJ számát, valamint a beavatkozás időpontját és az azt végző orvos aláírását, pecsétjét.

Méltányosságból engedélyezhető gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyászati ellátások köre és ártámogatása

☞ **11/D. §** (1) A biztosított az Ebtv. 26. § (1) bekezdés *c*) pontja, illetve (2) bekezdése szerinti méltányossági kérelmet a lakóhelye szerint illetékes REP-nél, illetve az OEP-nél, az e § (3) bekezdése szerinti esetben pedig az OEP-nél nyújthatja be.

☞ (2) A kérelemnek tartalmaznia kell a biztosított nevét, címét, TAJ számát, valamint - *a b*) pont *bb*) alpontját kivéve - a gyógyszer kiadására a beteg által megjelölt gyógyszerteráznak, egyedi gyártású gyógyászati segédeszköz esetén a beteg által megjelölt gyógyászati segédeszköz gyártójának vagy forgalmazójának a megnevezését, és - *a* (3) bekezdés *a*) pontjában foglalt eset kivételével - a kérelemhez mellékelni kell:

☞ *a*) három hónapnál nem régebbi kórtörténeti összefoglalót, amely igazolja, hogy a kérelmező kizárólag az igényelt termékkel, illetve ellátással kezelhető vagy látható el;

☞ *b*) gyógyszerre vonatkozó kérelem esetén az *a*) pontban foglaltakon kívül:

☞ *ba*) a biztosítottat kezelő szakorvos javaslatát, amelyből megállapítható a kért gyógyszer neve, kiszerezése, pontos dózisa, a gyógyszerelváltás, tápszerváltás indokoltága, az eddigi terápiák, illetve az új kezelések várható hatékonysága, a támogatás időtartama,

☞ *bb*) a Magyarországon és 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 forgalomban nem lévő gyógyszer esetén - a kezelőorvos kérelmére - az OGYI által kiadott engedélyt, a Magyarországon nem, viszont valamely EGT tagállam területén forgalomban lévő gyógyszer esetén az OGYI által - a kezelőorvosnak a gyógyszer rendelését megelőző kérelmére - kiadott, külön jogszabályban meghatározott nyilatkozatot;

☞ *c*) gyógyászati segédeszközre vonatkozó kérelem esetén az *a*) pontban foglaltakon kívül:

☞ *ca*) az Ebtv. 26. § (1) bekezdés *c*) pontja esetében a biztosítottat kezelő szakorvos javaslatát, amelyből megállapítható a gyógyászati segédeszköz neve, az eszköz szükségességének indokoltsága, a támogatás időtartama,

☞ *cb*) támogatásba be nem fogadott gyógyászati segédeszköz esetén a magyarországi forgalomba hozó gyártói, illetve importbeszerzési árajánlatát, az eszköz megfelelőségét igazoló dokumentációt, valamint a forgalomba hozó nyilatkozatát az eszköz hasznos technológiai élettartamáról,

☞ *cc*) a rendelésre jogosult orvos igazolását, ha a biztosított ellátásához az adott kihordási időre rendelhető gyógyászati segédeszköz-mennyiség nem elegendő;

☞ *d*) a biztosított jövedelméről szóló jövedelemigazolást.

(3) A külön jogszabály szerinti indikáción túli gyógyszerrendelés szabályai alapján rendelt, illetve a fekvőbeteg-ellátás során alkalmazott gyógyszer méltányossági kérelméhez

a) abban az esetben, ha az adott

aa) járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszer valamely forgalomba hozatalra engedélyezett indikációban társadalombiztosítási támogatásban - a külön jogszabály szerinti érték nélküli támogatási kategória kivételével - normatív joggal rendelkező részese,

ab) fekvőbeteg-ellátás keretében alkalmazható gyógyszer valamennyi forgalomba hozatalra engedélyezett indikációjában a finanszírozásba befogadásra került,

a (2) bekezdéstől eltérően kizárólag a külön jogszabály szerinti, az indikáción túli gyógyszerrendelés iránti kérelmet - az ott meghatározott mellékletek kivételével -, az OGYI által kiadott engedélyt, valamint az *aa*) pont szerinti esetben a rendelésre jogosult orvos által kiállított vényt,

b) az *a*) pont alá nem tartozó gyógyszer esetén a (2) bekezdésben - a fekvőbeteg-ellátás során alkalmazható gyógyszer esetében a (2) bekezdés *d*) pontja kivételével - foglaltakat kell mellékelni.

☞ (4) Az OEP határozatát megküldi a kezelőorvosnak, a beteg által a (2) bekezdés alapján megjelölt gyógyszertárnak, gyártónak vagy forgalmazónak, illetve döntéséről értesíti a kérelmező lakóhelye szerinti illetékes REP-et. A határozatban fel kell tüntetni a beteg számára kiváltható gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz adatait, mennyiségét, a megállapított támogatás alapjául figyelembe vett árát, a méltányosságból megállapított támogatás összegét, a fizetendő térítési díj mértékét, és a méltányosságból megállapított támogatás időtartamát. A kérelmezőt tájékoztatni kell arról, hogy a (2) bekezdés *b*) pont *bb*) alpontja esetén a gyógyszert melyik gyógyszertárban válthatja ki.

☞ (5) A (3) bekezdés *a*) pontja szerinti kérelmet az OEP 8 munkanapon belül, az indikáción túli gyógyszerrendelésnek az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló külön jogszabály szerint sürgős szükségé történt minősítése esetén pedig soron kívül bírálja el.

☞ (6)

☞ **11/E. §** (1) A kérelem elbírálása során az OEP a beteg kórtörténete, a betegség súlyossága, a kérelemben megjelölt gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz kérelmező általi használatának orvosszakmai indokoltsága, költsége és költséghatékonysága, valamint a várható egészségnyereség alapján, a kórkép előfordulási gyakoriságának és a biztosított jövedelmi helyzetének a figyelembevételével, az OEP által felkért illetékes szakorvos véleményének ismeretében dönt.

☞ (2) A kérelem elbírálásakor figyelemmel kell lenni a támogatással rendelhető komparátor technológiákra, valamint arra, hogy a kérelmező azokkal miért nem látható el.

☞ (3) A kérelmezett gyógyszerár-támogatás megállapítása bármely kérelmező esetében első alkalommal legfeljebb egy évre történhet.

☞ (4) A kérelmezett gyógyászati segédeszköz-támogatás megállapítása bármely kérelmező esetében első alkalommal legfeljebb a gyógyászati segédeszköznek a forgalomba hozó által megjelölt technológiai élettartamára történhet.

☞ (5) A 11/D. § (2) bekezdése alapján megjelölt közforgalmú gyógyszertár működésének ideiglenes szünetelése, illetve megszűnése esetén a gyógyszertár vezetője

☞ *a*) a szünetelést, illetve megszűnést megelőző utolsó adag gyógyszer kiadásakor tájékoztatja a gyógyszer támogatására méltányosságból jogosult beteget vagy hozzátartozóját

☞ *aa*) szünetelés esetén a szünetelés várható időtartamáról,

☞ *ab*) a gyógyszerár *b*) pont szerinti, beteg általi választása hiányában a legközelebbi közforgalmú gyógyszerár helyéről és elérhetőségéről, ahol a jogosult vagy hozzátartozója a gyógyszert kiválthatja;

☞ *b*) értesíti a beteg választása szerinti, ennek hiányában a legközelebbi közforgalmú gyógyszerárat, és ezzel egyidejűleg lebélyegezve és aláírva átküldi a 11/D. § (4) bekezdése szerinti határozat másolati példányát.

☞ (6) A kérelem elbírálását követően a beteg a 11/D. § (2) bekezdése alapján megjelölt gyógyszerár, illetve gyógyászati segédeszköz gyártó vagy forgalmazó helyett indokolt esetben az OEP részére történő bejelentést követően másikat jelölhet meg.

Külföldi tartózkodás közben szükséges gyógykezelés megtérítése

(Az Ebtv. 27. §-ához)

12. § (1) Az Ebtv. 27. §-ának (1) és (2) bekezdésében meghatározott esetekben a harmadik állam területén igénybe vett egészségügyi szolgáltatás és sürgősségi betegszállítás költségének megtérítésére vonatkozó kérelemhez csatolni kell az eredeti külföldi számlát, a számla fordítását és az annak kiegyenlítésére vonatkozó igazolást, továbbá amennyiben a számlából nem állapítható meg az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás, az erre vonatkozó igazolást vagy kórházi zárójelentést és ezek fordítását.

(2)

(3) Az Ebtv. 27. §-ának (2) bekezdése alapján tartósan az Ebtv. 27. §-ának (1) bekezdésében meghatározott harmadik állam területén foglalkoztatott biztosított és a vele együtt ott tartózkodó eltartott házastársa és gyermeke által a harmadik állam területén indokoltan igénybe vett egészségügyi ellátás költségének megtérítése iránti kérelemhez az (1) bekezdésben foglaltakon túl mellékelni kell az igazolást arról, hogy az Ebtv. 27. §-ának (4) bekezdésében említett orvosi vizsgálaton részt vettek, valamint a munkáltató igazolását arról, hogy az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére a harmadik állam területén történő foglalkoztatás alatt került sor.

(4) Az Ebtv. 27. §-ának (1) és (2) bekezdése alapján a biztosított külföldi egészségügyi szolgáltatótól magyarországi szolgáltatóhoz történő sürgősségi betegszállítása, költségeinek megtérítésére abban az esetben kerülhet sor, amennyiben a betegszállítás elmaradása a beteg életét vagy testi épségét súlyosan veszélyeztetné vagy maradandó egészségkárosodáshoz vezetne.

(5) Az OEP engedélyezheti a számla kiegyenlítése nélkül is az Ebtv. 27. §-ának (1) és (2) bekezdésében meghatározott esetben a (6) bekezdés szerint megállapított költség összegének megtérítését. A megtérítendő összeget az OEP, illetve a REP a gyógykezelést végző külföldi intézmény részére utalja át.

(6) Az Ebtv. 27. §-ának (1), (2) és (6) bekezdése szerinti belföldi költséget külön jogszabályban foglaltak szerint kell megállapítani az igénybevétel hónapja szerinti elszámoláskor érvényes értéken.

(7) Harmadik állam területén foglalkoztatott biztosított, továbbá a vele közös háztartásban élő házastársa és gyermeke által harmadik állam területén igénybe vett sürgősségi betegszállítás esetén az OEP - nemzetközi egyezmény eltérő rendelkezése hiányában - a számla szerinti összegnek a Magyar Nemzeti Bank által közzétett, az igénybevételkor érvényes középárfolyamon számított forint összegét téríti meg.

(8) A közszolgálati vagy közalkalmazotti jogviszonyban álló tartósan harmadik állam területén foglalkoztatott biztosított, illetve a vele együtt ott tartózkodó eltartott házastársa, élettársa és gyermeke által a harmadik állam területén igénybe vett egészségügyi ellátás költségének megtérítése esetén megfelelően alkalmazni kell az (1) és (3) bekezdésben foglaltakat.

(9) A (8) bekezdésben foglaltakat megfelelően alkalmazni kell abban az esetben is, ha a közszolgálati vagy közalkalmazotti jogviszonyban álló tartósan valamely EGT tagállamban foglalkoztatott biztosított, illetve a vele együtt ott tartózkodó eltartott házastársa, élettársa és gyermeke az Ebtv. 27. §-ának (7) bekezdése alapján az indokoltan igénybe vett egészségügyi ellátás felmerült és igazolt költsége 85 százalékának megtérítését kéri.

(10) Az egészségügyi ellátás az Ebtv. 27. §-ának (4) bekezdésében foglaltak mellett akkor tekinthető indokoltnak, ha

a) sürgős szükség miatt merül fel, vagy

b) a külföldi ellátás költsége nem haladja meg a belföldi ellátás, valamint a haza- és visszaszállítás (utazás) költségét, vagy

c) a haza- és visszaszállítás - a sürgős szükség esetét nem kimerítve - a biztosított állapotában rosszabbodást okoz.

(11) Az Ebtv. 27. §-ának (5) bekezdése szerinti költségek megtérítése, továbbá, amennyiben az arra jogosult az Ebtv. 27. §-ának (7) bekezdésében biztosított választási lehetőségével élve az általa indokoltan igénybe vett egészségügyi ellátás felmerült és igazolt költsége 85 százalékának megtérítését kéri, annak megtérítése is a Közép-magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztár kizárólagos hatáskörébe

tartozik. A megtérítési igény érvényesítésére a foglalkoztató a Közép-magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztárral megállapodást köthet.

(12) A Közép-magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztár az igazolt költség 85 százalékát a szolgáltatás igénybevételekor érvényes, a Magyar Nemzeti Bank által közzétett középárfolyamon számított forintösszeg alapulvételével téríti meg.

(13) Az Ebtv. 27. §-ának (6) bekezdése szerinti egészségügyi ellátások - a határon átnyúló egészségügyi együttműködések keretében nyújtott ellátások kivételével - költségeinek megtérítése iránti kérelemhez az (1) bekezdésben foglaltakon túl csatolni kell az egészségügyi szolgáltató által az igénybe vett ellátásról kiadott egészségügyi dokumentáció eredeti példányát, valamint annak fordítását.

(14) Az Ebtv. 27. §-ának (10) bekezdése alapján történő engedélyezés során az OEP az ellátásra szoruló betegségeinek súlyosságát, az egészségügyi ellátás jellegét és várható időtartamát mérlegeli.

12/A. § (1) Az igényérvényesítéshez szükséges TAJ-számot - a (3) bekezdésben foglalt kivétellel - a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Tbj.) szerinti belföldi személy kezdeményezésére az ország területén bármely REP hatósági igazolványon igazolja. Amennyiben a Tbj. szerinti belföldi személy magyarországi tartózkodása vagy egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultsága határozott idejű, a REP a hatósági igazolvány hatályát ezen időtartamra korlátozza. A TAJ-számot igazoló hatósági igazolvány kiadását az erre a célra rendszeresített nyomtatványon vagy elektronikus úrlapon kell kérelmezni.

(2)


(3) A gyermek lakóhelye - a szülő kérelmére a gyermek születési helye - szerint illetékes REP a személyi adat- és lakcímnnyilvántartás szervének az újszülött adataira vonatkozó adatszolgáltatása alapján az adatszolgáltatás teljesítését követően soron kívül, de legkésőbb öt munkanapon belül kiadja, és a gyermek lakóhelyére vagy a szülő kérelmében meghatározott címre postán megküldi az újszülött TAJ-számát igazoló hatósági igazolványt.

(4) Gyógyszer támogatással történő rendelése során a biztosított az Ebtv. 29. §-ának (2) bekezdése szerinti nyilatkozatát az egészségügyi dokumentáción aláírásával megerősíti. Az egészségügyi szolgáltató a nyilatkozathoz nyomtatványt rendszeresíthet, amit annak kitöltése céljából az ellátás megkezdése előtt a biztosított rendelkezésére bocsáthat. A biztosított által kitöltött és aláírt nyilatkozat az egészségügyi dokumentáció részét képezi, és az egészségügyi szolgáltató köteles azt a kitöltésétől számított öt évig megőrizni.

(5) Gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás támogatással történő rendelése során a biztosított Ebtv. 29. §-ának (2) bekezdése szerinti nyilatkozatát - külön jogszabályban foglalt figyelembevételével - a vény hátoldalára kell feljegyezni, amit a biztosított aláírásával igazol.

(6) A Közösségi rendelet szerinti formanyomtatványt, illetőleg az Európai Egészségbiztosítási Kártyát (a továbbiakban: EU-Kártya) az érvényes jogviszonnal rendelkező biztosított az ország területén bármely REP-nél, illetve kirendeltségnél igényelheti.

(7) Az EU-Kártya hatálya:

 a) a d) pontban meghatározott esetek kivételével harminchat hónap,

b)

 c)

d) a köztisztviselők tartós külszolgálatáról szóló 104/2003. (VII. 18.) Korm. rendelet alapján a kihelyező okiratban szereplő, tartós külszolgálatot teljesítő személy és ellátmánypótlékre jogosult hozzátartozója esetében a külszolgálat várható időtartama, de legfeljebb 48 hónap.

(8) A Tbj. szerint külföldinek minősülő biztosított részére a foglalkoztatója a foglalkoztatás megkezdését követő három munkanapon belül - az erre rendszeresített nyomtatványon vagy elektronikus úrlapon - a REP-től kéri a TAJ szám kiadását. A REP a TAJ számot az "Igazolás az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságról" elnevezésű nyomtatvány (a továbbiakban: Igazolás) kiállításával igazolja. A kiállított Igazolást a foglalkoztató a kézhezvételt követően haladéktalanul átadja a foglalkoztatottnak és azt havonta, a tárgyhónapot megelőző hónap végén, a jogosultsági jogviszony fennállásának - aláírásával és pecsétjével történő - igazolásával érvényesíti. A jogosultsági jogviszony utolsó napján a foglalkoztató bevonja az Igazolást, a jogviszony megszűnése időpontjának feltüntetésével. A bevont Igazolást 8 napon belül a foglalkoztató a REP-hez továbbítja. Ha a foglalkoztató az Igazolást nem tudja bevonni, 3 munkanapon belül erről írásban értesíti a REP-et. Az értesítésnek tartalmaznia kell a volt biztosított nevét, TAJ számát, az Igazolás nyomtatványszámát és a jogviszony megszűnésének időpontját. Az értesítés elmulasztásából eredő kárért a foglalkoztató az Ebtv. 66. §-ának (3) bekezdése szerint felel.

(9) A Tbj. 16. §-a (1) bekezdésének i) és m) pontja alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult külföldi tekintetében a középfokú nevelési-oktatási vagy felsőoktatási intézmény, a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező magyar hatóság által ideiglenes hatállyal elhelyezett, otthont nyújtó ellátás keretében átmeneti és tartós nevelésbe vett külföldi kiskorú személy tekintetében pedig az elhelyezésében eljáró intézmény a

külföldi részére történő TAJ szám igénylés és az Igazolás kezelése során a (8) bekezdés szerinti foglalkoztatónak minősül.

(10) Megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult külföldi részére a REP állítja ki az Igazolást. A járulékfizetést a befizetés helyén vagy a REP-nél igazolják. A megállapodáson alapuló jogosultság megszűnését követő 3 munkanapon belül az Igazolást a REP-nél le kell adni.

(11)-(12)

(13) A nem szabályozott esetekben az Igazolást a REP érvényesíti.

(14) A TAJ számmal nem rendelkező és az alkalmi munkavállalói könyvvel történő foglalkoztatásról és az ahhoz kapcsolódó közterhek egyszerűsített befizetéséről szóló 1997. évi LXXIV. törvény (a továbbiakban: Alk. tv.) alapján Alkalmi Munkavállalói Könyvet igénylő személy részére - az Alk. tv. szerinti kiállító kérelmére - a REP TAJ számot képez és erről értesíti a kérelmezőt. Amennyiben ugyanazon személy részére a tárgyévet követően ismételt Alkalmi Munkavállalói Könyv kerül kiállításra, az Alk. tv. szerinti kiállító a kiállítás tényéről értesíti a REP-et.

(15) Egészségügyi szolgáltatás - amennyiben jogszabály másként nem rendelkezik - TAJ számot igazoló hatályos hatósági igazolvány alapján vehető igénybe.

(16) Az Ebtv. 29. §-ának (5) és (6) bekezdésében szabályozott eljárásra a jogosult lakóhelye szerinti REP az illetékes.

12/B. § (1) Az Ebtv. 30. § (1) bekezdésében meghatározott finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató - a mentést, betegszállítást, védőnői szolgáltatást, otthoni szakápolást, iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátást, mozgó szakorvosi szolgálatot teljesítő szolgáltató, valamint a beteg közvetlen jelenlétét nem igénylő diagnosztikai és kórszövettani vizsgálat és boncolás kivételével - (e § alkalmazásában a továbbiakban: egészségügyi szolgáltató) az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően, transzplantáció esetén a transzplantáció céljából történt fekvőbeteg-gyógyintézeti felvételkor az ellátás igénybevételét megelőzően, a TAJ számot igazoló hatósági igazolvány bemutatását, vagy ennek hiányában az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 4. § (5) bekezdésében meghatározott adatok hitelt érdemlő igazolását követően, az OEP nyilvántartásában közvetlenül elektronikus úton (on-line) ellenőrzi, hogy az Ebtv. 29. § (4) bekezdésében meghatározott személy a nyilvántartásban az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e. A 14. életévét be nem töltött személy esetében az ellenőrzést minden egészségügyi szolgáltatónak egyszer, az adott személy első alkalommal történő ellátása során kell elvégeznie. Az ellenőrzést adott ellátási formában egy napon nyújtott szolgáltatások számától függetlenül egyszer kell elvégezni.

(2) Az (1) bekezdés szerinti ellenőrzést a szolgáltató nem köteles elvégezni abban az esetben, ha az ellátásra nem az egészségügyi szolgáltató székhelyén, illetve telephelyén kerül sor.

(3) Az OEP az egészségügyi szolgáltatók részére az ellenőrzés lehetőségét időbeli korlátozás nélkül biztosítja.

(4) Abban az esetben, ha a jogosultsági ellenőrzésnek alávetett személy az ellenőrzés eredménye alapján az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira az OEP nyilvántartása szerint nem jogosult, az ellenőrzést végző szolgáltató az OEP honlapjáról letölthető értesítést átadja a szolgáltatásra nem jogosult személynek.

(5) A (4) bekezdésben meghatározott értesítés tartalmazza

a) azt a tényt, hogy az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatását igénybe vevő személy az OEP nyilvántartásában jogosultként nem szerepel,

b) a felhívást arra, hogy a jogosultság fennállásának tisztázása érdekében keresse meg az ország területén bármely REP-et,

c) a jogosultság hiányának jogkövetkezményeiről szóló tájékoztatást, valamint

d) az arra vonatkozó információt, hogy bővebb tájékoztatás az OEP honlapján érhető el.

(6) Ha az (1) bekezdés szerinti személy állapota az ellátás azonnali megkezdését indokolja, az ellenőrzést közvetlenül az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követően, fekvőbeteg-szakellátás esetén legkésőbb az annak kezdetét követő első munkanapon kell elvégezni.

(7) Kúraszerű ellátás esetén az ellátást - ideértve a dialízis kezelést is - végző szolgáltatónak - a kúra teljes ideje alatt - havonta egy alkalommal, a kezelés megkezdése előtt ellenőriznie kell az (1) bekezdés szerint az ellátott személy jogosultságát.

(8) Az ellenőrzés eredménye az egészségügyi szolgáltatás biztosításának kötelezettségét nem érinti.

(9) Az OEP abban az esetben, ha észleli, hogy a nyilvántartási rendszer hibája miatt a jogosultság ellenőrzése nem végezhető el, a hiba fennállásáról haladéktalanul értesíti az Egészségbiztosítási Felügyeletet. A jogosultság-ellenőrzési rendszer jogosultsági ellenőrzés elvégzését nem engedő, az egészségügyi szolgáltató tevékenységére vagy mulasztására vissza nem vezethető hibája esetén az ellenőrzés elmulasztásához kapcsolódó, külön jogszabályban meghatározott finanszírozási jogkövetkezmények nem

érvényesíthetők, amennyiben a jogviszony-ellenőrzés elmaradása az egészségügyi szolgáltató által bizonyítható módon a hiba időtartamára esett.

(10) Az OEP honlapjáról letölthető tájékoztatót, mely közérthető módon tartalmazza

a) az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot megalapozó jogviszonyok felsorolását és az azok megszerzésének lehetőségére, a jogviszony igazolására vonatkozó információkat,

b) az egészségbiztosítás keretében fennálló közteljesítési kötelezettségre való utalást, valamint

c) az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság hiánya esetén a jogkövetkezményekről szóló tájékoztatót,

az egészségügyi szolgáltató a betegforgalom számára nyitva álló helyiségében közzéteszi, és erről az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személyt szóban tájékoztatja.

(11) Ha az egészségügyi szolgáltató az egészségügyi ellátás igénybevételekor az (1) bekezdés szerinti adatkapcsolatnak az egészségügyi szolgáltató felelősségi körén kívüli okból eredő üzemzavara miatt nem tudja ellenőrizni, hogy az ellátást igénybe vevő személy a nyilvántartásban ellátásra jogosultként szerepel-e, mentesül az ellenőrzés elmulasztásához külön jogszabályban meghatározott finanszírozási jogkövetkezmények alól, feltéve, hogy az üzemzavart igazolni tudja, és a hiba tényét annak észlelését követően azonnal, de legkésőbb a következő munkanapon írásban vagy elektronikusan jelzi az illetékes REP felé.

(12) E § alkalmazásában az egészségügyi szolgáltató felelősségi körén kívüli okból eredő üzemzavar az adatkapcsolat létesítéséhez igénybe vett, nem az egészségügyi szolgáltató ellenőrzése alatt álló távközlési vagy tápellátási rendszer üzemzavara.

(13) Amennyiben az értesítés alapján a REP megállapítja, hogy az üzemzavar a (12) bekezdésben meghatározott okból állt fenn, az egészségügyi szolgáltatás - a külön jogszabályban meghatározott finanszírozási jogkövetkezmények alkalmazása nélkül - az ellátásra meghatározott finanszírozási szabályok szerint kerül elszámolásra.

(14) A jogviszony-ellenőrzés elmulasztásának jogkövetkezménye az adott, 30 napot meghaladóan folyamatosan, nem kúraszerűen végzett egészségügyi ellátásra vonatkozóan az első finanszírozási jelentés beküldésében foglaltak tekintetében alkalmazható.

(15)

12/C. §

A kötelező egészségbiztosítás ellátásainak biztosítását szolgáló szerződések

(Az Ebtv. 30-35. §-ához)

13. § A kötelező egészségbiztosítás ellátásainak biztosítását szolgáló, 14-25. § szerinti szerződések nem minősülnek a közbeszerzésekről szóló 2003. évi CXXIX. törvény szerinti értelemben vett visszerthes szerződésnek.

13/A. § A kötelező egészségbiztosítás ellátásainak biztosítását szolgáló, a 14-20. § és a 22-25. § szerinti szerződéssel - ide nem értve a pro familia rendelkezésre jogosító szerződést - rendelkező egészségügyi szolgáltató a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 44. §-ának (1) bekezdése szerinti tájékoztatási kötelezettsége keretében az OEP által készített és a biztosítottaknak szóló - egészségbiztosítási jogviszony keretében igénybe vehető egészségügyi ellátással kapcsolatos - informatív és tájékoztató anyagokat, kiadványokat betegforgalom számára nyitva álló helyiségében közzéteszi.

13/B-D. §

14. § (1) A 15-21. § szerinti finanszírozási szerződéseket - a (3) bekezdésben foglaltak kivételével - az egészségügyi szolgáltató telephelye szerint illetékes REP határozatlan időre köti meg. A több régióban telephellyel rendelkező egészségügyi szolgáltató esetében az OEP eltérő szerződéskötési illetékességet állapíthat meg. Adott szolgáltatás nyújtásához szükséges feltételek hiányosságai esetén, az azok pótlására az egészségügyi államigazgatási szerv által előírt, vagy a szolgáltató által vállalt határidőre figyelemmel, határozott időre köthető a finanszírozási szerződés.

(2) Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 152. §-a értelmében a települési önkormányzatok kötelező feladatát képező egészségügyi alapellátás körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások (házi orvosi, házi gyermekorvosi, területi védőnői és fogorvosi) tekintetében a feladat ellátására kötelezett települési önkormányzat minősül egészségügyi szolgáltatónak, amennyiben nem hozott létre a feladat ellátására önkormányzati intézményt.

(3) A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező egészségügyi alapellátás finanszírozására vonatkozó szerződést az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 152. §-a (2) bekezdésében meghatározott körzet székhelye - kijelölt székhely hiányában az alapellátást nyújtó szolgáltató telephelye - szerint, az otthoni szakápolás esetén a szolgáltató működési területe szerint illetékes REP köti meg a szolgáltatóval.

(4) A 22-25. § szerinti szerződéseket - ha jogszabály másként nem rendelkezik - az egészségügyi szolgáltató székhelye szerint illetékes REP határozatlan időre köti meg.

15. § (1) Amennyiben az OEP, illetve a REP megállapítja, hogy az egészségügyi szolgáltató valamely szakmai szervezeti egysége nem rendelkezik az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló külön jogszabályban meghatározott feltételekkel, 30 napos határidő tűzésével felszólítja a hiányosságok pótlására, és ezzel egyidejűleg a hiányosságokat jelzi az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyt kiadó hatóság felé. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató valamely szakmai szervezeti egysége a határidő elteltét követően sem rendelkezik az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló külön jogszabályban meghatározott feltételekkel, az OEP - ha az egészségügyi államigazgatási szerv véleménye alapján nem áll fenn ellátási érdek - az egészségügyi szolgáltató érintett szervezeti egysége tekintetében felmondja a finanszírozási szerződést.

(2) Ha egészségügyi szolgáltatónak minősülő költségvetési szerv megszüntetésére a feladatellátás más, nem költségvetési szervezeti formában történő megvalósítása érdekében kerül sor, a megszüntetést megelőzően az alapítónak - az államháztartás működési rendjéről szóló 292/2009. (XII. 19.) Korm. rendeletben meghatározottakon túl - az új egészségügyi szolgáltató cégnyilvántartásba történő bejegyzése iránti kérelme előterjesztésével egyidejűleg kezdeményeznie kell az új finanszírozási szerződés megkötését annak érdekében, hogy a megszüntetett szolgáltató helyébe az új egészségügyi szolgáltató lépjen. Ilyen esetben a finanszírozási szerződés megkötését az illetékes REP nem tagadhatja meg.

16. § (1) A REP az Ebtv. 10. §-a szerint a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások közül az egészségügyért felelős miniszter rendelete alapján az iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátás finanszírozására azzal az egészségügyi szolgáltatóval köt finanszírozási szerződést, amely a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény hatálya alá tartozó nevelési és oktatási intézménnyel a feladat ellátására megállapodást kötött.

(2)

(3) Az Ebtv. 10. §-a szerint a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások közül az egészségügyért felelős miniszter rendelete alapján a területi védőnői szolgálat finanszírozására a REP a finanszírozási szerződést a területi védőnői szolgálatot működtető települési önkormányzattal köti meg.

(4) Amennyiben a (3) bekezdésben említett települési önkormányzat nyilatkozatával hozzájárul ahhoz, hogy a finanszírozási szerződést a területi védőnői szolgálatot működtető egészségügyi szolgáltató kösse meg, a REP a finanszírozási szerződést a nyilatkozatban foglaltak szerint köti meg.

(5) Az (1)-(4) bekezdésben nem szereplő és az Ebtv. 10. §-a szerint a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásra az OEP, az egészségügyért felelős miniszter rendelete szerint a szolgáltatás nyújtására kötelezett egészségügyi szolgáltatóval, a szolgáltató egyéb finanszírozott tevékenysége keretében köt finanszírozási szerződést.

17. § (1) Háziorvosi és házi gyermekorvosi (a továbbiakban: háziorvosi) ellátás finanszírozására a REP a szerződést

a) területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálatok esetében, amennyiben a feladatot az önkormányzat

aa) egészségügyi intézménye látja el, az intézménnyel,

ab) átadta háziorvosi szolgáltatás nyújtására jogosult egészségügyi szolgáltatónak, a feladatot átvállaló egészségügyi szolgáltatóval,

ac) nem az aa)-ab) pontban foglaltak szerint látja el, az önkormányzattal,

b) területi ellátási kötelezettség nélkül működő háziorvosi szolgálat esetében a külön jogszabályban foglalt feltételeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatóval köti meg.

(2) A háziorvosi ellátás finanszírozására megkötött szerződésben vagy mellékletében - az Ebtv. 31. § (1) bekezdésének e) pontja szerint - meg kell határozni

a) a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálatok körzetenkénti helyettesítési rendjét,

b) a háziorvosi feladatot ellátó egészségügyi szolgáltatónak az ügyeleti ellátásban történő részvételi rendjét.

18. § (1)

(2) A fogászati ellátás finanszírozására megkötött szerződésben vagy mellékletében - az Ebtv. 31. § (1) bekezdésének e) pontja szerint - meg kell határozni

a) a fogászati ellátási szolgálatok körzetenkénti helyettesítési rendjét,

b) az ügyeleti ellátásban történő részvétel rendjét.

19. § A járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-szakellátás - ideértve a rehabilitációs és a szülészeti ellátást is - finanszírozására a REP a finanszírozási szerződést azzal az egészségügyi szolgáltatóval köti meg, amely arra külön jogszabály alapján jogosult.

☞ **20. §** A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás finanszírozására a REP a lakosság számának arányában felosztott megyei kereten belül köthet szerződést olyan egészségügyi szolgáltatóval, amely a feladat ellátására jogosító működési engedéllyel rendelkezik és megfelel a külön jogszabályban foglalt követelményeknek.

☞ **20/A. §** (1) Az Ebtv. 32. § (8) bekezdése szerinti szerződést a REP azzal a szolgáltatóval köti meg, amely a 2. § (2) bekezdés e)-f), illetve i)-l) pontjában megnevezett orvost a feladatkörébe tartozó egészségügyi tevékenység végzésére foglalkoztatja, és nincs az adott feladatra érvényes finanszírozási szerződése.

☞ (2) Amennyiben a szolgáltató nem foglalkoztat a 2. § (2) bekezdés e)-f), illetve i)-l) pontja szerinti orvost a feladatkörébe tartozó egészségügyi tevékenység végzésére, hanem azt szerződés alapján más szolgáltatóval láttatja el, az Ebtv. 32. § (8) bekezdése szerinti szerződés az egészségügyi tevékenységet ténylegesen végző szolgáltatóval köthető meg.

☞ (3) A szerződésnek tartalmaznia kell

☞ a) a beutalásra jogosult orvos

☞ aa) azonosító adatait,

☞ ab) feladatkörét, engedélyezett szaktevékenységét,

☞ ac) által ellátandó biztosítottak körét,

☞ ad) beutalási jogosultságának megszűnésére, felfüggesztésére vonatkozó rendelkezéseket,

☞ ae) adatszolgáltatási kötelezettségét;

☞ b) a szerződés hatályát, módosítására és felmondására vonatkozó rendelkezéseket, a szerződés megszűnése esetén követendő eljárást.

☞ (4) A szerződés mellékletét képezi

☞ a) az egészségügyi tevékenység végzésére jogosító működési engedély,

☞ b) a (2) bekezdés szerinti esetben a feladat ellátására kötött szerződés

☞ hiteles másolata.

21. § (1) Betegszállításra a REP a külön jogszabályban foglaltak szerint finanszírozási szerződést köt azzal a működési engedéllyel rendelkező szolgáltatóval, amely a külön jogszabályban meghatározottak szerint befogadásra került.

(2) A mentés finanszírozására a külön jogszabályban előírt feltételek fennállása esetén a REP szerződést köt az Országos Mentőszolgálattal, amely a mentési feladatok ellátására szerződést köthet a mentést végző egészségügyi szolgáltatókkal.

☞ **21/A. §** Az Ebtv. 35. § (4) bekezdése szerinti hozzájárulást, illetve garanciát a tulajdonos a finanszírozási előlegről szóló szerződésben vállalja. Ennek mértéke nem lehet kevesebb az igényelt előleg tíz százalékánál.

22. § (1) Az Ebtv. 32. §-ának (1) bekezdése alapján gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve (4) bekezdése alapján gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére jogosító szerződésben meg kell határozni, hogy az orvos milyen tevékenysége keretében válik jogosulttá a támogatással történő rendelésre.

(2) A (3) bekezdésben foglalt kivétellel az Ebtv. 32. §-ának (1) bekezdése alapján a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosával, továbbá az Ebtv. 32. §-ának (5) bekezdése alapján a pro familia rendelésre jogosult orvossal gyógyszer és gyógyászati segédeszköz általános és különleges jogcímen történő rendelésre egyaránt jogosító szerződés köthető.

(3) A gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz gyártóval, forgalmazóval, nagykereskedővel gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz ismertető tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban álló, illetve gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz gyártó, forgalmazó, nagykereskedő felett többségi befolyást biztosító tulajdoni hányaddal rendelkező orvossal az Ebtv. 32. §-ának (1) bekezdése alapján gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésére nem köthető szerződés, gyógyszer esetében pedig kizárólag "statim", "cito" vagy "periculum in mora" jelzés feltüntetésével történő rendelésre jogosító szerződés köthető.

(4) A REP gyógyászati ellátások közül - külön jogszabály szerinti - fürdőgyógyászati ellátások támogatással történő rendelésére jogosító szerződést köt az Ebtv. 30. §-ának (2) bekezdése szerinti szerződés alapján fürdőgyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására jogosult szolgáltató orvosával, amennyiben a szolgáltató - külön jogszabály szerinti - komplex fürdőgyógyászati ellátás nyújtására jogosult vagy rendelkezik az ahhoz szükséges - külön jogszabályban meghatározott - feltételekkel.

(5) A (4) bekezdés alapján fürdőgyógyászati ellátás rendelésére jogosult orvos, illetve az az egészségügyi szolgáltató, akivel az orvos munkavégzésre irányuló jogviszonyban áll, az ellátás rendeléséhez kapcsolódó vizsgálatért nem kérhet a betegől térítést.

☞ (6) Ha az Ebtv. 37. § (4) bekezdése szerinti összeg a tárgyhónapban

☞ a) a 300 ezer forintot meghaladja, a REP fél évre felfüggeszti a szerződést,
☞ b) a 600 ezer forintot meghaladja, a REP egy évre felfüggeszti a szerződést,
☞ c) a 900 ezer forintot meghaladja, a REP a szerződést felmondja, és a felmondást követő 1 évig nem köthető új szerződés,

☞ d) az 1 millió 200 ezer forintot meghaladja, a REP a szerződést felmondja, és a felmondást követő 2 évig nem köthető új szerződés,

☞ e) az 1 millió 500 ezer forintot meghaladja, a REP a szerződést felmondja, és a felmondást követő 3 évig nem köthető új szerződés.

☞ (7) A (6) bekezdés szerinti összeghatárokat és a hozzájuk kapcsolódó jogkövetkezményt a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére való jogosultság tekintetében külön-külön kell alkalmazni.

(8)-(9)

(10) Az Ebtv. 79/A. § (3) bekezdésében foglalt adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése a polgári nemzetbiztonsági szolgálatok orvosai vonatkozásában az OEP-pel - a nemzetbiztonsági szolgálatokról szóló 1995. évi CXXV. törvény alapján - kötött külön megállapodás szerint történik.

(11) Az Ebtv. 32. §-ának (1) bekezdése szerinti szerződés mellékletét képezi

a) az a külön jogszabály szerinti működési engedély, vagy annak hiteles másolata, ami alapján a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésére való jogosultságát gyakorolja, továbbá

b) a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának nyilatkozata arról, hogy az a) pont szerinti tevékenységet hol fejti ki.

(12) A (11) bekezdésben foglaltak változásáról a változást követő 10 napon belül a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa tájékoztatja azt a REP-et, amellyel az Ebtv. 32. §-ának (1) bekezdése szerinti szerződéses jogviszonya fennáll.

22/A. § (1) A gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésre való jogosultság tekintetében - az E. Alap terhére társadalombiztosítási finanszírozásra jogosultakon kívül - nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának minősül a külön jogszabály által előírt feladatkörében egészségügyi szolgáltatást nyújtó, központi költségvetésből normatív hozzájárulásban részesülő külön jogszabály szerinti bentlakásos szociális intézményben foglalkoztatott orvos, amennyiben gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésére jogosító érvényes szerződéssel rendelkezik.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott intézményeknek tájékoztatniuk kell az intézmény helye szerinti illetékes REP-et azon orvosok köréről és azonosító adatairól, akiket a jogszabályban előírt egészségügyi feladataik ellátása céljából foglalkoztatnak és az Ebtv. 32. §-ának (1) bekezdése szerinti érvényes szerződés alapján gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésére jogosultak.

(3) A (2) bekezdés szerinti adatok változásáról a külön jogszabály szerinti bentlakásos szociális intézménynek a változást követő 10. napig tájékoztatni kell a REP-et.

23. § (1)

☞ (2) Az Ebtv. 38. §-ának (4) bekezdése szerinti összeg a kiszolgáltatott gyógyszer, a forgalmazott gyógyászati segédeszköz és a nyújtott gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás - utolsó elszámolt hathavi forgalom alapján számított - havi átlagának 10 százaléka, de legfeljebb 400 000 Ft.

☞ (3) Az Ebtv. 38. §-ának (5) bekezdése szerinti összeg a gyártó által egyedi méretvétel alapján rendelésre készített gyógyászati segédeszköz után folyósított társadalombiztosítási támogatás - utolsó elszámolt hathavi forgalom alapján számított - havi átlagának 10 százaléka, de legfeljebb 400 000 Ft.

24. § Gyógyászati segédeszközök árához nyújtott támogatással történő forgalmazására, javítására, kölcsönzésére a REP azzal a gyógyászati segédeszköz-forgalmazóval (gyártóval) köt szerződést, aki

a) az általa forgalmazott gyógyászati segédeszköz tekintetében megfelel az orvostechikai eszközökről szóló jogszabályban meghatározott előírásoknak, valamint egyedi méretvétel alapján készített gyógyászati segédeszköz vonatkozásában a gyártásra akkreditált minőségmegfelelőségi eljárással rendelkezik, továbbá megfelel a forgalmazóra (gyártóra, gyártásra) a külön jogszabályban előírt feltételeknek, és

b) megfelel a külön jogszabályban foglalt feltételeknek, amennyiben jogszabály az adott gyógyászati segédeszköz(ök) forgalmazását, javítását, kölcsönzését meghatározott személyi vagy tárgyi feltételek meglétéhez köti,

c) a szerződéskötést megelőző két éven belül nem volt olyan egyéni vállalkozó, illetve olyan gazdasági társaság tulajdonosa, vezető tisztségviselője, tagja, akinek a szerződése az Ebtv. 38. §-ának (4) bekezdésében foglaltak miatt szűnt meg.

25. § (1) Az Ebtv. 30. §-ának (2) bekezdése alapján a REP a gyógyászati ellátások közül a fürdőgyógyászati ellátások támogatással történő nyújtására annak a közfürdőnek, illetve gyógyfürdőnek a működtetőjével köthet szerződést, amelyik

a) zárt területen épített és rendelkezik medencével, valamint

b) rendelkezik az adott fürdőgyógyászati ellátás nyújtására jogosító, külön jogszabály szerinti működési engedéllyel, továbbá

c) az orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokról szóló miniszteri rendeletben meghatározott fürdőgyógyászati ellátások közül legalább négyfajta nyújtására alkalmas, és

d) megfelel a külön jogszabályban foglalt egyéb feltételeknek.

(2) A REP az (1) bekezdésben foglaltakon túl szerződést köthet a biztosítottak gyógyulására alkalmas közfürdő működtetőjével vagy a gyógyulás szervezésére működési engedéllyel rendelkező szervezettel, illetőleg személlyel ezen gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására.

(3) A REP a társadalombiztosítási támogatással külön jogszabály szerint igénybe vehető, egyéb természetes gyógytényezőkön alapuló gyógyászati ellátások támogatással történő nyújtására a külön jogszabály szerinti engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatóval köthet szerződést.

25/A. § (1)-(2)

(3) Járóbeteg-szakellátás és fogászati alapellátás esetén az elszámolási nyilatkozatot az egészségügyi szolgáltató az ellátást követően adja át a biztosítottnak.

(4) Az elszámolási nyilatkozatot

a) kúraszerű ellátás esetén a teljesítmény-elszámolás szempontjából egy ellátási esetnek minősülő ellátás befejezésekor,

b) injekciós kúra, infúziós kúra, kötözés, gyógytorna kezelés, fizioterápiás kezelés esetén a teljesítményszámolás szempontjából egy ellátási esetnek minősülő ellátás befejezésekor, de legalább havonta

ki kell állítani és átadni a biztosítottnak.

(5) Dialízis kezelés esetén az elszámolási nyilatkozatot havonta, a tárgyhónapot követő első dialízis kezeléskor a tárgyhónapban elvégzett dialízis kezelésekről, valamint a kúra befejezésekor a még el nem számolt dialízis kezelésekről kell kiállítani és átadni a biztosítottnak.

(6) Az egészségügyi szolgáltatónak nem kell elszámolási nyilatkozatot kiállítania és átadnia a biztosított részére

a) az ellátást követően a beteg közvetlen jelenlétét nem igénylő diagnosztikai vizsgálat esetén,

b) mozgó szakorvosi szolgálat által végzett ellátás esetén,

c) szövettani vizsgálat és citológiai vizsgálat esetén,

d) iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátás keretében nyújtott szolgáltatás esetén.

(7) A fogászati alap- és szakellátás, valamint a laboratóriumi ellátás esetében, az igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg meghatározásánál a finanszírozó által az egészségügyi szolgáltató részére megküldött utolsó teljesítmény-elszámolásnál alkalmazott fix pont-forint értéket kell figyelembe venni.

(8)

25/B. § Az Ebtv. 39. §-ában említett választás esetén, a választott ellátás iránti kérelmet az Ebtv. 62. §-a, családtámogatási ellátás választása esetén a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 35. §-a szerint illetékes szervhez kell benyújtani a folyósítás alatt álló ellátás beszüntetésére vonatkozó kérelemmel együtt. A választott újabb ellátás a kérelem benyújtása napjától folyósítható. Ha a beszüntetni kért ellátás, illetőleg a választott ellátás folyósítására más szerv illetékes, az ellátás beszüntetésére vonatkozó kérelmet a választott ellátásra irányuló igény elbírálásával egyidejűleg 3 munkanapon belül az illetékes szervhez kell továbbítani.

A terheségi-gyermekágyi segély és a gyermekgondozási díj alapjául szolgáló jövedelem megállapításának részletes szabályai

(Az Ebtv. 42. §-ához)

26. § (1) Tényleges jövedelem hiányában az ellátásra való jogosultság kezdő napján érvényes szerződés szerinti jövedelmet kell figyelembe venni. A tényleges, illetőleg a szerződés szerinti jövedelem naptári napi összegét a 31. § (7)-(8) bekezdésének megfelelő alkalmazásával kell kiszámítani. Az egyéni és társas vállalkozók ellátását tényleges jövedelem hiányában a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér figyelembevételével kell megállapítani.

(2) Annak, aki álláskeresési támogatás vagy vállalkozói járadék folyósításának szünetelése alatt, vagy az ellátás megszűnését követő 42 napon belül szül, és tényleges jövedelemmel nem rendelkezik, a terheségi-gyermekágyi segély, illetőleg a gyermekgondozási díj összegét az Ebtv. 42. § (3) bekezdése szerint kell megállapítani, azonban az ellátás alapja nem haladhatja meg az álláskeresési támogatás vagy vállalkozói járadék alapját képező átlagkereset harmincad részét.

26/A. § (1) Ha a gyermekgondozási díjra jogosult terhességi-gyermekágyi segélyt nem vett igénybe, a gyermekgondozási díjra jogosultság megállapításánál a terhességi-gyermekágyi segélynek megfelelő időtartam kezdő napjaként a gyermek születésének napját kell figyelembe venni.

(2)

(3) A gyermekgondozási díjra - ha jogszabály eltérően nem rendelkezik - a táppénzre vonatkozó rendelkezéseket megfelelően alkalmazni kell.

26/B. § A gyermekgondozási díj legmagasabb naptári napi összegét az Ebtv. 42/D. § (1) bekezdésében meghatározott összeg harmincad részében kell megállapítani.

26/C. § A bedolgozó részére terhességi-gyermekágyi segélyt vagy gyermekgondozási díjat nem lehet folyósítani addig, amíg a feldolgozásra átvett anyagot vissza nem adta.

Táppénzre való jogosultság

(Az Ebtv. 44-48. §-ához)

27. § (1) Egyedülálló az, aki hajadon, nőtlen, özvegy, elvált vagy házastársától külön él, kivéve, ha élettársa van.

(2) Az egyedülállóság szempontjából különélőnek kell tekinteni azt is, aki házastársával ugyanabban a lakásban lakik, ha a házasság felbontása iránt bírói eljárás van folyamatban.

(3) Egyedülállónak kell tekinteni továbbá,

a)


b) azokat a házastársakat, akik a vakok személyi járadékában részesülnek, vagy arra egyébként jogosultak,

c) akinek a házastársa

ca) munkaképtelen és a Szakértői Intézet szakvéleménye szerint I. vagy II. csoportos rokkant,

cb) előzetes letartóztatásban van, szabadságvesztés büntetését tölti.

(4) A (3) bekezdés rendelkezéseit megfelelően alkalmazni kell az élettársakra is.

 **27/A. § (1)** A táppénz összegének megállapításánál a megszűnt biztosítási jogviszonyból származó jövedelmet akkor lehet figyelembe venni, ha azt az irányadó időszakban megszűnt biztosításból származó, rendszeres jövedelemként a számítási időszakra vagy nem rendszeres jövedelemként a számítási időszakban fizették ki.

(2) Ha a biztosított egyidejűleg fennálló több jogviszony alapján jogosult táppénzre, az egy-egy biztosítási jogviszony alapján járó táppénz összegének megállapításánál az irányadó időszakban megszűnt biztosítási jogviszonyból származó jövedelemnek a számítási időszakra jutó részét annak a táppénznek az alapjába kell beszámítani, ahol az egyidejűleg fennálló több jogviszony közül a jogviszony korábban kezdődött. Egyidejűleg kezdődő több jogviszony esetén abba a jogviszonyba kell beszámítani, amely alapján az igényt korábban érvényesítették.

(3) Ha az irányadó időszakban a biztosítottnak a jogosultságot megalapozó jogviszonyában azért nincs 180 napi jövedelme, mert a Tbj. az egyidejűleg fennálló másik jogviszonyára vonatkozóan írja elő a pénzbeli egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettséget, az (1) bekezdésben foglaltaktól eltérően az irányadó időszakban megszűnt biztosítási jogviszonyából származó, a számítási időszakra jutó jövedelmet és osztószámot kell a táppénz alapjának megállapításánál figyelembe venni.

28. § (1) A tizenkét évesnél fiatalabb beteg gyermek ápolása címén járó táppénz megállapításánál előzményként azt az időtartamot kell figyelembe venni, amelyre ugyanazon gyermek ápolása címén a gyermek első születésnapjáig születésének napját, azután pedig a legutóbbi születésnapját követően táppénzt folyósítottak.

(2) A biztosítás megszakítás nélkül akkor áll fenn, ha abban a szabadnap, a heti pihenőnap és a munkaszüneti nap kivételével egy nap megszakítás sincs.

(3) Ha a folyamatos biztosítás időtartama egy évnél rövidebb, a táppénzre való jogosultság időtartamának a megállapításánál előzményként csak a folyamatos biztosítás ideje alatti táppénzfolyósítás időtartamát lehet figyelembe venni.

(4) A táppénzre való jogosultság időtartamának és mértékének megállapításánál figyelembe kell venni a biztosítottat terhelő pénzbeli egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettség nélkül fennálló jogviszonynak azt a korábbi időtartamát, amely alatt a biztosított pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett volt.

29. § (1)

(2) Ha a bedolgozónál a keresőképtelensége első napján feldolgozásra átvett anyag van, táppénz csak az anyag visszaszolgáltatásának a napjától jár, kivéve, ha a foglalkoztató igazolja, hogy a keresőképtelenség ideje alatt a bedolgozó bedolgozói munkát nem végez.

(3)

30. § Az Ebtv. 47. §-ának (3) bekezdése szerinti esetben a táppénzfolyósítás megszüntetéséről a táppénzfolyósító szerv intézkedik a biztosítottat keresőképtelen állományban tartó orvos, valamint az ellenőrző főorvos külön jogszabály szerinti vizsgálatot követő javaslatára.

31. § (1) A táppénz összegének kiszámításánál rendszeres jövedelem a havi rendszerességgel járó munkabér (illetmény), pótlékok, továbbá a munkabér (illetmény) helyett kifizetett távolléti díj vagy átlagkereset, illetőleg szerződés alapján havonta járó díjazás vagy egyéb jövedelem. Annak vizsgálatánál, hogy a biztosított rendelkezik-e 180 naptári napi jövedelemmel, csak a rendszeres jövedelmet kell figyelembe venni. Az egyéni és a társas vállalkozók részére e jogcímen járó táppénz összegének megállapításánál a vállalkozóként elért, bevallott pénzbeli egészségbiztosítási járulékalapot képező jövedelmet rendszeres jövedelemnek kell tekinteni.

(2) A táppénz alapját képező naptári napi átlagjövedelem kiszámításánál az Ebtv. 48. §-ának (2) bekezdésében említett időszakra járó rendszeres jövedelmet el kell osztani ebben az időszakban biztosításban töltött napoknak a (3) bekezdésben megjelölt napokkal csökkentett számával (osztóval).

(3) Az osztószám megállapításánál az Ebtv. 48. §-ának (2) bekezdésében megjelölt időszakban biztosításban töltött napok számát csökkenteni kell

a) a táppénz, a baleseti táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj, a gyermekgondozási segély és a gyermeknevelési támogatás folyósítása,


b)

c) a háromévesnél fiatalabb gyermek gondozása, valamint a tizenkét évesnél fiatalabb beteg gyermek otthoni ápolása címén igénybe vett fizetés nélküli szabadság időtartama naptári napjainak számával.

(4) Az Ebtv. 48. §-a (3) bekezdésének alkalmazásánál a figyelembe vett 180 naptári napra kifizetett rendszeres jövedelem egy naptári napi összegét kell megállapítani.

(5) Az Ebtv. 48. §-ának (2), illetőleg (3) bekezdésében említett időszakban kifizetett nem rendszeres jövedelem naptári napi összegének megállapításánál a nem rendszeres jövedelem összegét annak az időtartamnak naptári napjai számával kell elosztani, amelyre tekintettel azt kifizették. A nem rendszeres jövedelemre való jogosultság időtartamát a jogszabály rendelkezése, ennek hiányában a munkáltató nyilatkozata alapján kell megállapítani. A nem rendszeres jövedelem naptári napi összegének megállapításánál figyelembe vett napok száma nem lehet kevesebb a rendszeres jövedelem naptári napi összegének megállapításánál figyelembe vett napok számánál.

(6) A táppénz alapját képező naptári napi jövedelem kiszámításánál a rendszeres jövedelem naptári napi összegéhez hozzá kell adni a nem rendszeres jövedelem (5) bekezdés szerint megállapított naptári napi összegét.

 (7) Az Ebtv. 48. § (4) bekezdésének alkalmazásánál a táppénz alapját képező naptári napi jövedelem a minimálbér harmincad része. A szerződés szerinti jövedelmet a táppénzre való jogosultság kezdő napján érvényes szerződésben megállapított jövedelem harmincad részében kell megállapítani. Szerződés hiányában a tényleges jövedelem naptári napi összegét az irányadó időszak alatt elért jövedelemből a (2) és (4)-(6) bekezdés alkalmazásával kell kiszámítani. Amennyiben a táppénz összegének számításánál figyelembe vehető időtartam 6 munkanapnál kevesebb, úgy ezen időtartam alatt elért rendszeres jövedelmet - heti 5 napos munkarend szerint - teljes hónapra kell átszámítani, és ezen összeg egy naptári napra jutó része képezi a táppénz alapját.

(8) Az Ebtv. 48. §-a (4) bekezdésének alkalmazásánál az egyéni és társas vállalkozók táppénzének megállapításánál szerződés szerinti jövedelem alatt a jogosultságot megelőző hónap első napján érvényes minimálbért kell érteni.

(9) A 27/A. § (1) bekezdésének alkalmazása esetén a megszűnt jogviszonyból származó rendszeres jövedelmet egy összegben kell hozzáadni a táppénzre való jogosultságot megalapozó jogviszonyból származó rendszeres jövedelemhez. Az összesített rendszeres jövedelem naptári napi összegéhez kell hozzáadni a nem rendszeres jövedelem (jövedelmek) naptári napi összegét.

(10) Az elmebetegek adaptációs szabadsága idejére - esetenként legfeljebb 60 napra - vonatkozó keresőképtelenséget a kórház igazolja. Az adaptációs szabadság idejére járó táppénz mértékét az általános szabályok szerint - és nem a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra előírtak szerint - kell megállapítani.

Méltányosságból engedélyezhető pénzbeli ellátások

31/A. § Az Ebtv. 50. § (1) bekezdése szerinti méltányossági jogkörben - a biztosítási jogviszony megszűnése után megállapított vagy folyósított táppénz kivételével - kizárólag a Tbj. 5. §-a szerint biztosítottak minősülő személy részére engedélyezhető pénzbeli ellátás.

31/B. § (1)

(2) A táppénz folyósításának időtartama a méltányosságból engedélyezett ellátás folyósításának időtartamával együtt sem haladhatja meg az egy évet.

(3) Nem engedélyezhető méltányosságból táppénz, ha a biztosított jogszabály alapján egyéb ellátásra szerzett jogosultságot, illetve ellátásban (pl. rokkantsági nyugdíj, rendszeres szociális járadék) részesül.

31/C. §

31/D. § (1) A biztosított a méltányossági kérelmet a foglalkoztatójának székhelye szerint illetékes REP-hez nyújthatja be. A táppénz folyósítására vonatkozó kérelemhez csatolni kell az orvosi igazolást és javaslatot, valamint az orvosi szakvéleményt a keresőképtelenség várható időtartamáról.

(2) Táppénz méltányosságból történő engedélyezésére irányuló kérelem az igényjogosultság megszűnését, illetve az arról történő tudomásszerzést követő 15 napon belül nyújtható be.

(3) A REP a hiányosan benyújtott kérelem esetén a 37. § (4) bekezdésében foglaltak megfelelő alkalmazásával jár el.

(4) A pénzügyi ellátások folyósítására vonatkozó kérelmek elbírálásánál figyelemmel kell lenni a biztosított

a) biztosításban töltött idejére,

b) 30 napnál hosszabb megszakítást megelőző biztosítási idejének tartamára,

c) jövedelmi viszonyára és egyéb méltányolást érdemlő körülményeire.

(5) A táppénz időtartamának meghosszabbítása iránti kérelem kizárólag az illetékes orvos által kiadott igazolásban foglaltak figyelembevételével engedélyezhető.

(6) A táppénz folyósításának a biztosítási jogviszony megszűnését követő időtartamra történő megállapítása a REP ellenőrző főorvosának javaslatára engedélyezhető.

(7) A táppénzt méltányosságból legkorábban az igényjogosultság megszűnését követő naptól lehet megállapítani.

31/E. § Az Ebtv. 50. §-ának (1) bekezdése alapján méltányosságból engedélyezett pénzellátás összegének megállapítása és folyósítása a REP feladata. A méltányosságból engedélyezett ellátás folyósításának időtartama újabb ellátás megállapítására nem jogosít. A méltányosságból engedélyezett táppénz folyósításának időtartamát azonban az újabb keresőképtelenség alapján járó táppénz folyósításának időtartamába be kell számítani.

Méltányosságból engedélyezhető egyszeri segély

31/F. § (1) Az Ebtv. 50. § (4) bekezdésének alkalmazásánál biztosítottnak kell tekinteni a kizárólag egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyt is.

(2) Egyszeri segélyben részesíthető az a biztosított, akinek

a) az egészségi állapotában kedvezőtlen változás, egészségkárosodás következett be, és a kérelmében előadottak az egészségbiztosítás által nyújtott ellátással vannak összefüggésben, vagy

b) részére a táppénz, terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj folyósítását az Ebtv. 50. § (1) bekezdése alapján méltányosságból sem engedélyezték.

(3) Az engedélyezési eljárás során vizsgálni kell a biztosított jövedelmi helyzetét, továbbá, hogy a kérelem benyújtását megelőző egy évben részesült-e segélyben.

31/G. § (1) A 31/F. § szerinti segély iránti kérelmet a biztosított a lakóhelye szerint illetékes REP-nél nyújthatja be. A kérelemnek tartalmaznia kell a biztosított TAJ számát. A kérelemhez csatolni kell a biztosított egészségi állapotára, kezelésére vonatkozó és a kérelemmel összefüggő egészségügyi dokumentációt, továbbá a biztosított nyilatkozatát a saját és a vele közös háztartásban élők által - a kérelem benyújtását megelőző három hónapban - megszerzett jövedelemről.

(2)

(3) Az egészségbiztosító a kérelem elbírálása során megvizsgálja a biztosított jövedelmi helyzetét és életkörülményeit.

Baleseti ellátásra való jogosultság

(Az Ebtv. 52-56. §-ához)

32. § (1) A Tbj. 15. §-ának (2) bekezdése szerinti baleseti egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság szempontjából üzemi balesetnek számít:

a) nevelési-oktatási és felsőoktatási intézmény, iskola, iskolarendszeren kívüli oktatásban, gyakorlati oktatásban, gyakorlati képzésben részesülő tanulójának (hallgatójának) az a balesete, amelyet gyakorlati képzés közben, vagy ezzel összefüggésben szenvedett el;

b) szocioterápiás intézetben gyógykezelt elmebetegnél, illetőleg szenvedélybetegnél a szocioterápiás foglalkoztatás közben vagy azzal összefüggésben elszenvedett baleset;

c) őrizetbe vett, előzetesen letartóztatott elzárásra utalt, illetőleg szabadságvesztés büntetést töltő személy esetén a fogva tartás ideje alatt végzett munka közben, vagy azzal összefüggésben, valamint a fogva tartást foganatosító szerv közege által adott utasítás teljesítése közben, vagy azzal összefüggésben elszenvedett baleset;

d) a közcélú, illetőleg közérdekű munkát végző személynek az a balesete, amelyet a közcélú, illetőleg közérdekű munka végzése során vagy azzal összefüggésben szenvedett el.

(2) Az (1) bekezdés d) pontja alkalmazásában közcélú munka a Tbj. 15. § (2) bekezdésének d) pontjában foglaltakon túl az állami szerv vagy önkormányzat, illetőleg a munkáltató által kezdeményezett, irányított vagy jóváhagyott társadalmi munka.

(3) Az Ebtv. 18. § (6) bekezdés e) pontja, 52. és 53. §-a, továbbá e rendelet alkalmazásában balesetnek minősül az emberi szervezetet ért olyan egyszeri külső hatás, amely a sérült akaratától függetlenül, hirtelen vagy aránylag rövid idő alatt következik be, és sérülést, mérgezést vagy más (testi, lelki) egészségkárosodást, illetőleg halált okoz.

33. § (1) A baleseti táppénzre jogosultság időtartamának megállapításánál figyelembe kell venni a baleseti táppénzre jogosultság első napját közvetlenül megelőző egy éven belül a baleseti táppénz folyósításának időtartamát, függetlenül attól, hogy a baleseti táppénz folyósítása egy éven át vagy meghosszabbított időtartamra történt.

(2) Az Ebtv. 55. §-a alapján a baleseti táppénz összegének kiszámításakor nem vehető figyelembe

a) az átlagkereset, a távolléti díj - ide nem értve a munkaszüneti napra járó távolléti díjat -, valamint az az időtartam, amelyre azt kifizették,

b) a törzsgárda jutalom, a jubileumi jutalom, a végkielégítés, valamint azon juttatás, amely nem a végzett munkáért, tevékenységért került kifizetésre.

(3) Ha a baleseti táppénz összegének számításánál figyelembe vehető időtartam 6 munkanapnál kevesebb, úgy ezen időtartam alatt elért rendszeres jövedelmet - heti 5 napos munkarend szerint - teljes hónapra kell átszámítani, és ezen összeg egy naptári napra jutó része képezi a baleseti táppénz alapját.

(4) Ha a baleseti táppénz számításánál figyelembe vehető időszakban végzett munkáért nem rendszeres jövedelmet fizetnek ki, a baleseti táppénz alapját képező nem rendszeres jövedelmet azon időtartam naptári napi napjainak számával kell elosztani, amelyre tekintettel azt kifizették. A nem rendszeres jövedelemre való jogosultság időtartamát a jogszabály rendelkezése, ennek hiányában a munkáltató nyilatkozata alapján kell megállapítani. A nem rendszeres jövedelem naptári napi összegének megállapításánál figyelembe vett napok száma nem lehet kevesebb a rendszeres jövedelem naptári napi összegének megállapításánál figyelembe vett napok számánál.

(5) Ha a baleseti táppénz számításánál figyelembe vehető időszakban végzett munkáért nem rendszeres jövedelmet fizetnek ki, akkor a baleseti táppénz alapját képező naptári napi jövedelem kiszámításánál a rendszeres jövedelem naptári napi összegéhez hozzá kell adni a nem rendszeres jövedelem (4) bekezdés szerint megállapított naptári napi összegét.

Baleseti járadékra való jog állapotváltozás, illetőleg újabb üzemi baleset esetén

(Az Ebtv. 57-60. §-ához)

34. § A baleseti rokkantsági nyugdíjra jogosultság megszűnése esetén a munkaképesség-csökkenés mértékének megfelelő baleseti járadékot kell megállapítani.

35. § (1) Baleseti járadék helyett baleseti rokkantsági nyugdíj megállapítása esetén, valamint a nyugdíj módosításánál, illetőleg újbóli megállapításánál, továbbá baleseti rokkantsági nyugdíj helyett járadék megállapítása esetén azt a keresetet kell figyelembe venni, amelynek alapján a baleseti rokkantsági nyugdíjat (járadékot) utoljára megállapították.

(2) Baleseti járadék helyett baleseti rokkantsági nyugdíj megállapítása esetén a havi átlagkeresetet - a kérelmező kérelmére - az öregségi, illetőleg a rokkantsági nyugdíj alapját képező kereset alapján kell megállapítani.

36. § (1) Újabb üzemi baleset esetén valamennyi baleset következményét együttesen kell figyelembe venni, és a baleseti járadékot akkor kell újból megállapítani, ha a sérült az újabb baleset következtében magasabb baleseti fokozatba kerül.

(2) Az (1) bekezdésben megjelölt esetben a baleseti járadékot a korábbi és az újabb üzemi balesetre irányadó átlagkeresetek közül - a 168/1997. (X. 6.) Korm. rendelet 28/A. §-ának megfelelő alkalmazásával - a kedvezőbb alapján kell megállapítani.

(3)

36/A. § (1) Az Ebtv. 60. § (1) bekezdésének végrehajtása során a baleseti járadéknak az állapotváltozás időpontja szerinti összegét az Ebtv. 58. § (2) bekezdésben meghatározott fokozatok eltérésének arányában kell emelni, illetőleg csökkenteni. Az állapotváltozásnak megfelelő arányt úgy kell meghatározni, hogy az állapotváltozás szerinti fokozatnak megfelelő mértéket el kell osztani az állapotváltozás előtti fokozat szerinti mértékkel. Az állapotváltozásnak megfelelő baleseti járadék módosított összegét a kiszámított arányszám és az állapotváltozás időpontja szerinti baleseti járadék összegének szorzásával kell megállapítani.

(2) A baleseti járadékra jogosultságnak az Ebtv. 60. § (3) bekezdése szerinti feléledése (újbóli megállapítása) esetén a korábban megállapított baleseti járadék megszűnésének időpontjától esedékes emelésekkel, kiegészítésekkel növelten kell az összeget meghatározni.

36/B. § Ha a kérelmező nem rendelkezik az Ebtv. 59. § (2) bekezdésében meghatározott egy évi (365 napi) keresettel, a baleseti járadék a rövidebb időre vonatkozó keresetek havi átlaga alapján is megállapítható. Ha azonban a kérelmezőnek az Ebtv. 59. § (1)-(3) bekezdése szerinti időszakokra vonatkozóan egyáltalán nincs figyelembe vehető keresete, a baleseti járadékot a megállapítás kezdő napját megelőző hónapban érvényes - külön jogszabályban meghatározott - minimális bér alapulvételével kell megállapítani.

Az igény érvényesítése

(Az Ebtv. 61-65. §-ához)


37. § (1) Ha a foglalkoztatónál társadalombiztosítási kifizetőhely (a továbbiakban: kifizetőhely) nincs, a foglalkoztató a terheségi-gyermekágyi segélyre, a gyedre, a táppénzre, a baleseti táppénzre vonatkozó kérelem elbírálásához „Foglalkoztatói igazolás”-t állít ki, és azt a biztosított által benyújtott igazolásokkal - gyermekgondozási díj iránti kérelem esetén ezzel a kérelemmel - együtt három munkanapon belül a székhelye (telephelye) szerint illetékes REP-nek megküldi. A foglalkoztató a foglalkoztatói igazolásokat két példányban köteles kiállítani, és annak egy példányát öt évig megőrizni. A foglalkoztató a kérelem, illetve igazolások átvételét (beérkezését) hitelt érdemlő módon köteles igazolni.

(2) Az egyéni vállalkozó pénzbeli ellátásra, valamint baleseti táppénzre vonatkozó kérelmét az erre rendszeresített formanyomtatványon köteles benyújtani a székhelye szerint illetékes REP-nél.

(3) Ha a biztosított a keresőképtelenség vagy a gyed igénybevétele, illetőleg a szülés napját megelőző két éven belül más foglalkoztató(k)nál biztosítási jogviszonyban állt, ezt a tényt a "Foglalkoztatói igazoláson" jelezni kell, továbbá

a) a biztosítási időt a 38. § szerint kiállított "Igazolvány a biztosítási jogviszonyról és az egészségbiztosítási ellátásokról",

b) az ellátás alapját képező jövedelmet pedig a 37/A. § szerint kiállított a "Jövedelemigazolás egészségbiztosítási ellátás megállapításához elnevezésű nyomtatványokkal kell igazolni, melyet a foglalkoztató a "Foglalkoztatói igazolás"-sal, az egyéni vállalkozó pedig a kérelemmel együtt köteles benyújtani.

 (4) Ha a biztosított nem bocsátja a foglalkoztató rendelkezésére a (3) bekezdés szerinti igazolásokat, ezt a tényt a „Foglalkoztatói Igazolás”-on jelezni kell. A REP a pénzellátás iránti igény elbírálása előtt, a biztosítottat hiánypótlásra felszólítja 10 munkanapos határidő megjelölésével. A határidő lejártát követően a REP az igényt az igazolt biztosítási idő és a rendelkezésre álló jövedelemadatok alapján bírálja el.

37/A. § (1) A Tbj.-ben meghatározott mértékű pénzbeli egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettséggel járó jogviszony megszűnésekor a foglalkoztató a „Jövedelemigazolás az egészségbiztosítási ellátás megállapításához” elnevezésű nyomtatványon (a továbbiakban: jövedelemigazolás) köteles igazolni a megelőző naptári év első napjától a jogviszony megszűnésének napjáig a biztosított pénzbeli egészségbiztosítási járulékalapot képező jövedelmét és azon időtartamokat, amelyekre a biztosítottnak pénzbeli egészségbiztosítási járulékalapot képező jövedelme nem volt. A jövedelemigazolásra külön fel kell vezetni az irányadó időszakban kifizetett nem rendszeres jövedelem végösszegét. A jövedelemigazolás mellékletét képező pótlapon kell szerepeltetni a nem rendszeres jövedelem összegét, jogcímét, megjelölve a kifizetésre való jogosultság időtartamát, valamint a kifizetés időpontját. A 27/A. § alkalmazásánál az irányadó időszakban megszűnt biztosítási jogviszonyból származó pénzbeli egészségbiztosítási járulékalapot képező jövedelmet - a biztosított kérésére - a foglalkoztató a jövedelemigazoláson igazolja.

(2) Pénzellátás iránti kérelem benyújtása esetén a biztosított a foglalkoztató rendelkezésére bocsátja az irányadó időszak jövedelmét igazoló jövedelemigazolást (jövedelemigazolásokat). Ha a foglalkoztatónál társadalombiztosítási kifizetőhely nem működik a biztosított a jövedelemigazolást közvetlenül az illetékes REP-hez is benyújthatja.

38. § (1) A biztosított a biztosítási kötelezettséggel járó jogviszony létesítésekor az "Igazolvány a biztosítási jogviszonyról és az egészségbiztosítási ellátásokról" (a továbbiakban: Igazolvány) elnevezésű nyomtatványt a foglalkoztatónak átadja. A foglalkoztató az átvett Igazolványba három napon belül bejegyzi

a biztosítási jogviszony kezdetét és az Igazolványt a jogviszony megszűnéséig megőrzi. A foglalkoztató a biztosítási jogviszony megszűnésekor az Igazolványba a megszűnést bejegyzi és az Igazolványt a biztosítottnak az utolsó munkában töltött napon átadja, aki az átvételt igazolja. A biztosítás fennállása alatt újabb biztosítással járó jogviszony létesítése esetén az újabb foglalkoztató az Igazolványba a biztosítási adatokat az előzőek szerint bejegyzi és az Igazolványt visszajuttatja ahhoz a foglalkoztatóhoz, ahol a biztosítás előbb kezdődött.

(2) A kifizetőhellyel rendelkező foglalkoztató a biztosítási jogviszony megszüntetésekor az (1) bekezdésben említett adatokon kívül az Igazolványon feljegyzi a biztosítási jogviszony megszűnését közvetlenül megelőző két éven belül folyósított táppénz, baleseti táppénz, terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj időtartamát. Ha a biztosított a jogviszony megszűnése évében az Ebtv. 48. §-ának (2) vagy (3) bekezdése alapján táppénzben részesült, az Igazolványra fel kell jegyezni a táppénz alapját képező naptári napi jövedelmet.

(3) Ha a biztosítás megszüntetését követően a biztosított táppénz, baleseti táppénz, terhességi-gyermekágyi segély vagy gyermekgondozási díj iránti kérelmet nyújt be, a korábban átvett Igazolványt a kérelemhez mellékelni kell. A folyósító szerv a pénzellátás folyósításának befejezésekor az Igazolványba bejegyzi a passzív jogon folyósított ellátás időtartamát és azt három munkanapon belül visszaadja (visszaküldi) a biztosítottnak.

(4) Ha az Igazolvány betelt, új Igazolványt kell kiállítani, és ahhoz csatolni kell a visszamenőleg két éven belüli biztosítási időket tartalmazó Igazolványokat.

(5) Ha a biztosított az újabb biztosítási kötelezettséggel járó jogviszonyának kezdetekor az Igazolványt nem adja át, a foglalkoztató köteles a biztosítottat felkérni, hogy az Igazolványt az előző foglalkoztatójától szerezzze be, kivéve, ha a biztosítás kezdetétől számított két éven belül nem állt biztosítási kötelezettséggel járó jogviszonyban. Ez utóbbiról írásban kell nyilatkoznia. A nyilatkozatot a foglalkoztató köteles öt évig megőrizni.

👉 (6) A pénzbeli ellátás iránti kérelemhez mellékelte Igazolványt - a kérelem első fokon történő elbírálását követően - a foglalkoztatóhoz, foglalkoztató hiányában a kérelmezőhöz vissza kell juttatni. A kifizetőhellyel nem rendelkező foglalkoztató a pénzbeli ellátás iránti kérelemhez az Igazolványt abban az esetben csatolja, ha a biztosított e foglalkoztatónál első alkalommal kér pénzbeli ellátást, és a kétévi folyamatos biztosítási időn belül más foglalkoztatója is volt.

38/A. § (1) A társadalombiztosítási kifizetőhelyet fenntartó foglalkoztató által a bérfizetés napján kifizetett, illetőleg a kifizetésre elszámolt pénzbeli ellátásokról, baleseti táppénzről, továbbá a kifizetőhelyet megillető egy százalékos mértékű költségterítés összegéről havonta - az erre rendszeresített nyomtatványon - elszámolást nyújt be a REP-hez. Az elszámoláson kell feltüntetni a táppénz-hozzájárulás összegét is. A REP az elszámolást - a beérkezésétől számított öt munkanapon belül - felülvizsgálja és az elszámolt táppénz-hozzájárulással csökkentett összegre vonatkozóan intézkedik a Magyar Államkincstáron keresztül az átutalásról.

(2) Az elszámolás benyújtását követően megállapított ellátások csak a következő havi elszámolással téríthetők meg, még abban az esetben is, ha a kifizetés a munkabérrel együtt már megtörtént.

(3) Ha a kifizetőhely elszámolása nem felel meg az (1) bekezdésben foglaltaknak, a REP azonnal megvizsgálja a bejelentett adatokat. A REP a vizsgálat befejezését követően hozott határozat alapján intézkedik a megállapított összeg utalására. Az elszámolás adatait a REP nem módosítja. Ha az eltérés összege a 100 forintot nem éri el, az elszámolt összeget kell átutalni.

(4) A hiányosan vagy szabálytalanul benyújtott elszámolás esetén a foglalkoztató az Eb. tv. 80. §-ának (4) bekezdése alapján mulasztási bírság fizetésére kötelezhető.

👉 **38/B. § (1)** Elektronikus úton történő kapcsolattartás esetén a pénzbeli ellátásra, illetve baleseti táppénzre vonatkozó igényérvényesítés során az egyes ellátásokhoz e rendeletben meghatározott igazolásokat papíralapú digitalizált dokumentumként kell csatolni az elektronikus űrlaphoz.

👉 (2) Nem lehet papíralapú digitalizált dokumentumként az elektronikus űrlaphoz az alábbi igazolásokat csatolni:

👉 a) a 37/A. § szerint kiállított jövedelemigazolás,

👉 b) a 38. § szerint kiállított Igazolvány.

👉 (3) A papíralapú digitalizált dokumentumon, az elektronizált űrlapon, illetve a papíralapú eredeti igazoláson lévő adatok egyezőségéért a beküldő felel.


👉 (4) Az (1) bekezdés alkalmazása esetén az igazolás eredeti példányát a kérelem benyújtásától számított öt évig meg kell őrizni. Aki a megőréssel kapcsolatos kötelezettségét megszegi, annak tekintetében az Ebtv. 80. § (6) bekezdését alkalmazni kell.

👉 **39. § (1)**

(2) A REP a nyilvántartás adataival egyeztetni a „Foglalkoztatói igazolás” adatait.

(3) A pénzbeli ellátás iránti kérelmet elbíráló kifizetőhely vagy REP a pénzbeli ellátás jogosultját - kérelmére - tájékoztatja a megállapított pénzbeli ellátás összegének kiszámítása során figyelembe vett adatokról.


39/A. § (1) A gyermekgondozási díjra vonatkozó kérelem elbírálásához a díjra jogosító gyermek személyazonosító igazolványát, ennek hiányában születési anyakönyvi kivonatát be kell mutatni az igényelbíráló szervnél.

 (2) Ha az ügyfél a születési anyakönyvi kivonatot nem csatolja, az egészségbiztosító a kérelem elbírálása érdekében adatszolgáltatás iránti kérelemmel fordul az adatokról nyilvántartást vezető hatósághoz.

40. § (1) A társadalombiztosítási kifizetőhellyel rendelkező foglalkoztató a terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj, a táppénz, a baleseti táppénz megállapításánál, kifizetésénél (folyósításánál), elszámolásánál az ezzel kapcsolatos nyomtatványok és nyilvántartások vezetésénél az OEP által kiadott tájékoztató szerint kötelesek eljárni.

(2) A tájékoztatóban foglaltak betartását a REP helyszíni vizsgálat során ellenőrzi.

41. § (1) A táppénz megállapítása iránti kérelemben a keresőképtelenséget külön jogszabály rendelkezései szerint kiállított orvosi igazolással, a kórházi (klinikai) ápolást a kórház (klinika) által kiállított igazolással kell igazolni.

 (2) A terhességi-gyermekágyi segélyre jogosultságot a terhesállományba vételt igazoló orvosi igazolással, vagy ha a szülő nőt nem vették terhesállományba, akkor terhesgondozási könyvvel, a szülés bekövetkezésének időpontját pedig a gyermek születését igazoló anyakönyvi kivonattal kell igazolni. A jogosultságot a külön jogszabály szerinti perinatális halottvizsgálati bizonyítvánnyal is lehet igazolni. Ha az ügyfél a születési anyakönyvi kivonatot nem csatolja, az egészségbiztosító a kérelem elbírálása érdekében adatszolgáltatás iránti kérelemmel fordul az adatokról nyilvántartást vezető hatósághoz.

(3) A kórházi (klinikai) ápolást az OEP által rendszeresített nyomtatványon kell igazolni.

(4) A szanatóriumi ápolás ideje alatt fennálló keresőképtelenséget a keresőképtelenség elbírálására külön jogszabály rendelkezése szerint jogosult orvos igazolhatja.

(5) Annak, akinek a keresőképtelensége közegészségügyi okból történt hatósági elkülönítés, foglalkoztatástól eltiltás vagy járványügyi, illetőleg állat-egészségügyi zárlat miatt áll fenn, azt, hogy munkahelyén megjelenni nem tud, és más munkakörben (munkahelyen) átmenetileg sem foglalkoztatható, a hatósági elkülönítést, a foglalkoztatástól eltiltást, illetőleg a zárlatot elrendelő határozattal kell bizonyítani.

41/A. § A gyermekgondozási díjat írásban - "Igénybejelentés gyermekgondozási díjhoz" elnevezésű nyomtatványon - kell kérelmezni. Az Igénybejelentést két példányban kell kiállítani, és a foglalkoztatóhoz benyújtani, abban az esetben is, ha az anya a biztosítás megszűnését követően igényel gyermekgondozási díjat. A foglalkoztató megbízottja az Igénybejelentés másolatán az átvételt igazolja.

42. § (1) A táppénz és baleseti táppénz folyósításának 240. napját követő 8. munkanapon belül, továbbá az Ebtv. 48/A. §-ban meghatározott esetben a keresőképtelenségi igazolás benyújtásával igényelt ellátás elbírálását követő 3 munkanapon belül a táppénzt folyósító szerv köteles a keresőképtelenséget igazoló orvost értesíteni a biztosított táppénz, baleseti táppénz jogosultsága megszűnésének időpontjáról.

(2) Ha a biztosított részére a táppénzt a REP folyósítja és a biztosítási jogviszony a táppénz folyósításának időtartama alatt megszűnik, a foglalkoztató köteles haladéktalanul értesíteni a folyósító REP-et a biztosítási jogviszony megszűnésének időpontjáról, valamint a megszűnéskor kifizetett jövedelmekről és azok jogcíméről.

(3) A baleseti járadékkal kapcsolatban az egészségkárosodás mértékét a Szakértői Intézet szakértői bizottságai véleményezik.

(4) A Szakértői Intézet szakértői bizottsága a szakvéleményéről tájékoztatja az orvost, a vizsgálat lefolytatásáról pedig a táppénzfolyósító szervet.

(5) Ha a társadalombiztosítási határozat bírósági felülvizsgálata során a bíróság a keresetet elutasította ugyan, de a munkaképesség-csökkenésnek utóbb bekövetkezett, a rokkantsági fokot elérő változását, illetőleg a rokkantság fokát vagy a munkaképesség-csökkenés mértékét az ítélet indokolásában tényként rögzítette, akkor az újabb kérelem alapján indult eljárásban a Szakértői Intézet illetékes szakértői bizottságának véleményét már nem kell beszerezni.

42/A. § A terhességi-gyermekágyi segélyben, illetve a gyermekgondozási díjban részesülő személy a folyósító szervhez köteles öt munkanapon belül bejelenteni, ha az Ebtv. 41. §-ának (1) bekezdésében, illetve az Ebtv. 42/C. §-ban felsorolt körülmények bekövetkeznek.

43. § (1) A biztosított üzemi balesetnek minősülő munkabalesetéről a "Munkabaleseti jegyzőkönyv" felvételére külön jogszabály rendelkezései az irányadók.

(2) A munkabaleset fogalmi körébe nem tartozó üzemi balesetet a munkáltató köteles kivizsgálni, és a vizsgálat eredményét "Üzemi baleseti jegyzőkönyv"-ben rögzíteni.

(3) A foglalkozási megbetegedés tényét a külön jogszabály szerint kiállított értesítéssel kell bizonyítani.

☞ (4) A külön jogszabály szerint munkaképtelenséget nem okozó munkabaleseteket a munkáltatónak - a biztosított kérésére - az egészségbiztosító által rendszeresített, a külön jogszabályban meghatározott munkabaleseti nyilvántartás adattartamával azonos adatokat tartalmazó nyomtatványon kell rögzítenie.

☞ (5) Az üzemi balesetet, illetőleg a foglalkozási megbetegedést - az (1)-(4) bekezdésben szereplő jegyzőkönyvek, nyomtatvány, illetőleg értesítés megküldésével, a munkabalesetek bejelentésére vonatkozó szabályok szerint kell a REP-nek bejelenteni.

43/A. § (1) A Magyar Köztársasággal szociális biztonsági egyezményt kötött országnak a Magyar Köztársaság területén biztosítási jogviszonyban álló állampolgára által a korábban a Magyar Köztársaság területén kívül elszenvedett üzemi balesetére tekintettel benyújtott baleseti táppénz iránti kérelmét a Közép-Magyarországi Regionális Egészségbiztosítási Pénztár bírálja el.

(2) A kérelemhez csatolni kell az orvosi igazolást, valamint az üzemi baleset elismerésére vonatkozó bizonyítékok magyar nyelvű fordítását.

☞ **44. § (1)** A Tbj. 4. § *e)* pontjában, 5. § (1) bekezdés *e), f)* és *i)* pontjában, valamint 56/A. § (1) bekezdésében meghatározott személy által elszenvedett balesetet - bejelentése alapján - a balesetet szenvedett személy lakóhelye szerint illetékes REP kivizsgálja, és felveszi a baleseti jegyzőkönyvet. Szükség esetén a munkavégzés helye szerinti REP a vizsgálatban közreműködik.

(2) Az üzemi baleseti jegyzőkönyv felvételére kötelezett a 32. § (1) bekezdés *a)* pontjában említett esetben az oktatási intézmény, a *b)* pontban a szocioterápiás intézet, a *c)* pontban a fogvatartást foganatosító szerv, a *d)* pontban pedig a közcélú munkát szervező, illetőleg a közérdekű munkát elrendelő szerv.

45. § (1) A bejelentett üzemi baleset vagy foglalkozási betegség tényét a táppénz folyósítására hatáskörrel és illetékességgel rendelkező szervnek kell elbírálnia abban az esetben is, ha a biztosított a balesetből eredően nem vált keresőképtelenné. A határozatnak tartalmaznia kell a baleseti sérülés vagy foglalkozási betegség pontos leírását. Halált okozó üzemi baleset vagy foglalkozási betegség esetén az üzemi baleset, illetve foglalkozási betegség tényéről a REP dönt.

☞ (2) Ha az (1) bekezdésben előírt határozatot a társadalombiztosítási kifizetőhely hozta, a jogerős határozatot közölni kell a REP-pel. A határozathoz mellékelni kell a munkabaleseti jegyzőkönyvet, Üzemi baleseti jegyzőkönyvet vagy a 43. § (3) bekezdése szerinti értesítést, illetve a 43. § (4) bekezdése szerinti nyomtatványt.

(3) A határozatot a biztosított köteles megőrizni és a baleseti egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor bemutatni.

(4) Az üzemi balesettel összefüggésben baleseti egészségügyi szolgáltatás csak az (1) bekezdésben említett határozat bemutatása esetén rendelhető.

(5) A baleset üzemi tényének jogerős megállapításáig a társadalombiztosítási támogatással rendelt gyógyszerhez, gyógyászati segédeszközökhöz, gyógyászati ellátáshoz, illetve az Ebtv. 23. § *b)-c)* pontja szerint részleges térítés mellett igénybe vett fogászati ellátáshoz a térítési díj a biztosítottat terheli. A jogerős határozat bemutatását követően a biztosított kérelmére a REP a biztosított által megfizetett térítési díjat soron kívül visszafizeti. A kérelemhez csatolni kell a kezelőorvos igazolását az üzemi balesettel összefüggésben rendelt ellátásokról.

(6)

(7) Az Ebtv. 65. § (2) bekezdésében szabályozott eljárásra a kérelmező lakóhelye szerinti REP az illetékes.

(8) A baleseti járadék iránti kérelmet a kérelmező lakóhelye szerint illetékes nyugdíj-megállapító szerv bírálja el.

46. § A baleseti táppénz folyósítása egy éven túl a Szakértői Intézet elsőfokú szakértői bizottsága véleménye alapján hosszabbítható meg.

47. § (1) A táppénzben részesülő biztosítottnak az üzemi balesetnek nem minősülő balesetéről - az előírt nyomtatványon - nyilatkoznia kell. A nyilatkozatnak a következő adatokat kell tartalmaznia:

a) a sérült nevét, természetes személyazonosító adatait, lakcímét,

b) hol, mikor és hogyan történt a sérülés,

c) amennyiben a sérült erről nyilatkozni kíván, a baleset okozója (név, lakcím),

d) gépjárművel kapcsolatos sérülés esetén ki az üzemben tartó,

volt vagy van-e folyamatban a balesettel kapcsolatban hatósági (rendőrségi, ügyészségi, bírósági stb.) eljárás, az eljáró szerv nevét és az ügy számát;

e) a balesetből eredő betegsége, sérülése miatt hol látták el, illetőleg kezelték (egészségügyi szolgáltató neve, címe).

(2) Az (1) bekezdésben említett nyilatkozatot a táppénzfolyósító szerv megkeresésére a táppénzben részesülő személy kiállítja és 8 napon belül visszajuttatja a folyósító szervhez. Ha a táppénzt a kifizetőhely folyósítja és a nyilatkozatban foglaltak alapján azt állapítja meg, hogy a balesetet nem a biztosított, hanem más személy okozta, a nyilatkozatot további intézkedésre a REP-nek küldi meg, a baleset miatt folyósított táppénzre vonatkozó adatok közlésével együtt.

48. § A Munka Törvénykönyvének 193/C. §-a a) pontjában meghatározott munkavállaló a pénzbeli ellátások iránti kérelmét az előírt igazolások benyújtásával a kölcsönvevőnél jelenti be. A kölcsönvevő a benyújtott igazolásokat az Ebtv.-ben, illetőleg e rendeletben meghatározott és rendelkezésre álló adatok közlésével a kölcsönbeadó részére három munkanapon belül továbbítja. Egyebekben az igény érvényesítésével összefüggő, a foglalkoztatóra előírt kötelezettségek a kölcsönbeadót terhelik. E rendelkezést kell alkalmazni akkor is, ha a kölcsönvevőnél társadalombiztosítási kifizetőhely működik.

49. § (1) Az Ebtv. 68/A. §-a (2) és (3) bekezdésében említett kamatot a pénzbeli ellátás, illetőleg a baleseti táppénz, folyósításának napjától, egészségügyi szolgáltatás esetén a finanszírozott összeg átutalásának időpontjától kell felszámítani, a határozathozatalakor irányadó mértékben.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltaktól eltérően, ha a kifizetőhellyel rendelkező foglalkoztatót terheli az általa folyósított ellátás megtérítése, az Ebtv. 68/A. §-a alapján járó kamatot az ellátás fedezetének a REP által történt átutalását követő harmadik naptól kell felszámítani.

(3) Az Ebtv. 68/A. §-a (2) és (3) bekezdésében említett kamatot nem kell felszámítani, ha annak összege az 1000 forintot nem éri el.

(4) Az Ebtv. 67. §-án és 68. §-án alapuló fizetési meghagyás kibocsátásának ügyintézési határideje három hónap.

(5) Az Ebtv. 70. §-a

a) (3) bekezdése szerinti eljárásban az Ebtv. 66. §-án alapuló megtérítésre kötelező fizetési meghagyás kiadására a foglalkoztató vagy egyéb szerv székhelye (telephelye),

b) (4) bekezdésének vonatkozásában a foglalkoztató székhelye,

c) (5) bekezdésének esetén az ellátásban részesült személy lakóhelye szerinti REP az illetékes.

(6) A pénzbeli egészségbiztosítási ellátást megállapító határozatban az ügyfelet tájékoztatni kell arról, hogy a jogerős határozatban foglaltakat a bírósági felülvizsgálat iránt benyújtott keresetre tekintet nélkül teljesíteni kell, ha a kereset csak a megállapított összegben felüli többletigényre vonatkozik.

49/A. § Ha az Ebtv. 81. §-a szerint lefolytatott ellenőrzés során megállapításra kerül, hogy a társadalombiztosítási kifizetőhellyel rendelkező munkáltató a ténylegesnél magasabb összegben számolta el az ellátásokat, illetve a ténylegesnél alacsonyabb összegben állapította meg a táppénz-hozzájárulást, a REP a különbözetet fizetésre kötelező határozatban állapítja meg. A különbözet után a munkáltatót a felszámítás időpontjában érvényes jegybanki alapkamat kétszeresének megfelelő mértékű kamatfizetési kötelezettség terheli.

49/B. § A kifizetőhelynek, továbbá a Magyar Államkincstár Területi Igazgatóságának (a továbbiakban: Igazgatóság) a betegségi és anyasági ellátással, valamint a baleseti táppénzzel kapcsolatban hozott döntése ellen a munkáltató székhelye (telephelye) szerint illetékes REP-hez lehet fellebbezni.

49/C. §

49/D. § (1) Az Ebtv. 68-68/A. §-a alapján a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás hatálya alá tartozó megtérítésre kötelezett helyett a gépjármű üzemtartójának kötelező felelősségbiztosításáról szóló rendelkezések alapján a biztosító áll helyt azzal, hogy e kötelezettségének átalányösszegben is eleget tehet. Az évenkénti átalányösszeg mértékét, az elszámolás ügyviteli rendjét az OEP a kötelező gépjármű-felelősségbiztosítást nyújtó biztosítókkal és a Magyar Biztosítók Szövetségével megállapodásban rendezi.

(2) Az Ebtv. 67-68/A. §-a alapján fennálló megtérítési kötelezettség teljesítésére a Honvédelmi Minisztérium Közgazdasági és Pénzügyi Ügynöksége az OEP-pel megállapodást köthet.

49/E. § Az Ebtv. 80. § (4)-(5) bekezdésében meghatározott bejelentésre kötelezett a bejelentést szóban vagy az OEP által rendszeresített nyomtatványon vagy elektronikus úrlapon a REP-hez teljesíti.

49/F. § (1) Az Ebtv. 72. §-a alapján előterjesztett kérelmet az egészségbiztosító által rendszeresített nyomtatványon kell benyújtani.

(2) Az egészségbiztosító a kérelem elbírálásánál megvizsgálja a magánszemély jövedelmi helyzetét és életkörülményeit, egyéb kötelezettnél annak pénzügyi helyzetét.

Átmeneti rendelkezések

50. § (1) A 12. § rendelkezéseit az e rendelet hatálybalépését követően igénybe vett egészségügyi szolgáltatások tekintetében kell alkalmazni, az e rendelet hatálybalépése előtt nyújtott egészségügyi szolgáltatások költségeinek megtérítése a szolgáltatás igénybevételekor hatályos rendelkezések szerint történik.

(2) E rendelet rendelkezéseit a kötelező egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai tekintetében a hatálybalépését követően benyújtott igények érvényesítése során kell alkalmazni. A rendelet hatálybalépését megelőzően benyújtott és el nem bírált igényeket az igényléskor hatályban lévő rendelkezések alapján kell elbírálni, kivéve, ha e rendelet az ellátás feltételeként vagy az igény érvényesítésére kedvezőbb szabályt állapít meg.

Záró rendelkezések

51. § (1) E rendelet 1998. január 1-jén lép hatályba.

(2)-(4)

(5)

1. számú melléklet a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelethez

1/A. számú melléklet a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelethez

2. számú melléklet a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelethez

3-4. számú melléklet a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelethez
