

1997. évi LXXXIII. Törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, egységes szerkezetben a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelettel

[A **vastag betűs** szöveg az 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: **Ebtv.**), a vékony betűs a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (a továbbiakban Vhr.) szövege.]

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

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:

I. Fejezet

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

A törvény hatálya

Ebtv. 1. § (1) A törvény hatálya

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

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

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

d) a (2) bekezdés kivételével az Egészségbiztosítási Alapból (a továbbiakban: E. Alap) finanszírozott ellátásokra terjed ki.

(2) Az E. Alapból finanszírozott rokkantsági nyugdíjról, baleseti rokkantsági nyugdíjról külön törvény rendelkezik.

Vhr. 1. § (1) E rendelet hatálya kiterjed a biztosítottakra, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárra (a továbbiakban: OEP) és igazgatási szerveire, továbbá a kötelező egészségbiztosítás keretében szolgáltatást nyújtó egészségügyi, valamint gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz forgalmazó, illetve kiszolgáltató, továbbá gyógyászati ellátást nyújtó szolgáltatókra.

(2) E rendelet alkalmazásában

a) gyógyfürdő: az a létesítmény, amit a természetes gyógytényezőkről szóló rendelet alapján az Országos Gyógyhelyi és Gyógyfürdőügyi Főigazgatóság annak nyilvánít,

b) jövedelem:

ba) az egészségbiztosítás pénzügyi 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 (bevételek) munkavállalói járulékkal, személyi jövedelemadóval, egészségbiztosítási és nyugdíjjárulékkal, magán-nyugdíjpénztári tagdíjjal, valamint a jövedelemadóról szóló törvényben elismert költségekkel csökkentett része, függetlenül attól, hogy adómentesnek vagy adókötelesnek minősül.

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

Alapelvek

Ebtv. 2. § (1) Az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások - e törvény keretei között - az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe.

(2) Az egészségbiztosítási ellátások közül a pénzbeli ellátások az egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettséggel arányosan vehetők igénybe.

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

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

Ebtv. 5. § Az egészségbiztosítási feladatokat ellátó igazgatási szerv tájékoztatja a biztosítottat jogairól és kötelezettségeiről, segítséget nyújt igénye érvényesítéséhez.

Ebtv. 5/A. § Az e törvény szerinti cselekmények - az igazolási kérelem előterjesztése és - az adatvédelmi követelmények biztosítása esetén - az egészségbiztosítás igazgatási szerveinek hatáskörébe tartozó jogorvoslatok iránti kérelem előterjesztése kivételével - elektronikus ügyintézés keretében nem gyakorolhatók.

Fogalommeghatározások

Ebtv. 5/B. § E törvény alkalmazásában

a) *biztosított*:

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

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

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

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

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

c) *gyógyszertár*: a gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény hatálya alá tartozó gyógyszertár,

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

e) *gyógyászati segédeszköz*: átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékossgal vagy rokkantsággal élők gyógyászati, ápolási technikai eszköze,

f) *gyógyászati segédeszköz forgalomba hozója*: a gyógyászati segédeszközt gyártó, az azt importáló és azzal nagykereskedelmi tevékenységet végző,

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

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

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

j) *várólista*: a betegellátás sorrendjét előzetes betegbesorolás útján meghatározó jegyzék.

Egészségbiztosítási ellátásra jogosultak

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

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

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

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

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

Ebtv. 8. § Államközi vagy kormányközi egyezmény alapján igénybe vett egészségbiztosítási ellátások tekintetében e törvény rendelkezéseit az egyezményben foglalt eltérésekkel kell alkalmazni.

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

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

Egészségügyi szolgáltatók

Ebtv. 9. § Az e törvényben foglalt egészségügyi szolgáltatások a megyei, fővárosi egészségbiztosítási pénztárral (a továbbiakban: MEP) az adott szolgáltatásra finanszírozási szerződéssel rendelkező (a továbbiakban: finanszírozott) egészségügyi szolgáltatónál vehetők igénybe.

II. Fejezet

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSAI

1. Cím

Térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

I. A betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások

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

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

b) a 0-6 éves korosztály

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

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

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

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

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

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

cb)

d) a 18 éven felüli korosztály

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

db) a bd) pontban foglalt vizsgálatokra, ide nem értve a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa által végzett munkaköri alkalmasság megállapítására irányuló vizsgálatokat,

dc) évente egy alkalommal fogászati szűrővizsgálatra;

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

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

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

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

II. Gyógykezelés céljából végzett ellátások

Háziorvosi ellátás

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

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

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

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

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

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

f) keresőképességének elbírálására,

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

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

a) a külön jogszabály szerint választott háziorvosánál veheti igénybe,

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

Fogászati ellátás

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

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

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

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

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

e) a külön jogszabály szerinti fogmegtartó kezelésre.

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

Járóbeteg-szakellátás

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

a) a háziorvos, a járóbeteg-szakellátás és a külön jogszabályban meghatározott egyéb orvos (a továbbiakban: beutaló orvos) beutalása alapján,

b) az a) pontban foglaltak hiányában is, amennyiben egészségi állapota az azonnali ellátását indokolja, vagy jogszabály az adott szakellátás beutaló nélkül történő igénybevételét is lehetővé teszi,

c) egyéb orvos szakértői vizsgálatra és szakvélemény adására, amennyiben az társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való jogosultság megállapítására, annak ellenőrzésére irányul.

Fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás

Ebtv. 14. § (1) A biztosított betegsége esetén jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra

a) orvos beutalása alapján,

b) az a) pontban foglaltak hiányában is, amennyiben egészségi állapota az azonnali ellátását indokolja.

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

a) a betegsége megállapításához szükséges vizsgálatokra,

b) az orvos előírása szerinti gyógykezelésre - ideértve a műtéti beavatkozásokat és az annak során felhasznált gyógyászati anyagokat, protetikai eszközöket is - és gyógyászati ellátásra,

c) a gyógykezeléséhez szükséges gyógyszerre - ideértve a vérkészítményeket is -, kötszerre és ideiglenes gyógyászati segédeszközre, továbbá a gyógyászati segédeszköz használatának betanítására,

d) a gyógykezeléséhez szükséges ápolásra, szakápolásra, továbbá az otthonába történő távozást követő időre vonatkozó életvezetési tanácsadásra, valamint diétás tanácsadásra,

e) étkezésre, ideértve az orvos által rendelt diétát is,

f) a rendelkezésre álló, az ellátás szakmai és etikai követelményeinek megfelelő színvonalú elhelyezésre arra az időtartamra, amíg az ellátás fekvőbeteg-gyógyintézeti körülmények között indokolt.

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

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

III. Egyéb egészségügyi szolgáltatások

Szülészeti ellátás

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

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

Orvosi rehabilitáció

Ebtv. 16. § (1) A biztosított az orvosi rehabilitáció keretében jogosult
a) orvos előírása szerinti vizsgálatra, gyógykezelésre, gyógyászati ellátásra és foglalkoztatás-terápiára,
b) az egészségügyi miniszter rendeletében meghatározott esetekben szanatóriumi ellátásra,
c) amennyiben az orvosi rehabilitációra fekvőbeteg-gyógyintézetben kerül sor, illetve a b) pontban foglalt esetben a 14. § (2) bekezdés c)-f) pontjaiban foglalt ellátásokra és gyógyászati ellátásra,
d) szenvedélybetegsége esetén a külön jogszabályban meghatározott rehabilitációs ellátásra.
(2) A biztosított - külön jogszabályban foglaltak szerint - jogosult egészségügyi beavatkozást követő rekonstrukcióra, továbbá funkciózavart okozó veleszületett vagy szerzett testi rendellenességek korrekációjára a 13-14. §-ban foglaltak szerint.

Betegszállítás, mentés

Ebtv. 17. § (1) A biztosított - beutalás szerinti intézményben végzendő - orvosi vizsgálata vagy gyógykezelése, illetve egészségügyi intézményből tartózkodási helyére történő elbocsátása céljából jogosult betegszállításra,
a) amennyiben egészségi állapota miatt szállítása másként nem oldható meg, és a szállításra beutalásra jogosult orvos rendelése alapján kerül sor,
b) a szállítás külön jogszabályban foglalt kúraszerű kezelés céljából történik.
(2) A biztosított jogosult a külön törvényben meghatározott mentés igénybevételére.

A beutalás nélkül igénybe vehető ellátások és a beutalásra jogosult orvosok

Vhr. 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 szakellátást,
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 Belügyminisztérium és a belügyminiszter irányítása alá tartozó szervek, Honvédelmi Minisztérium és a honvédelmi miniszter irányítása alá tartozó szervek orvosa,
f) a büntetés-végrehajtás orvosa,
g) a sorozó orvos,
h) az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézete (a továbbiakban: OOSZI) orvosi bizottságai orvosa,
i) a megyei (fővárosi) egészségbiztosítási pénztár (a továbbiakban: MEP) 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) az újságíró tagozat (fő) orvosa,
m) a külön jogszabály szerinti komplex fürdőgyógyászati ellátást nyújtó gyógyfürdő orvosa (a továbbiakban együtt: beutaló orvos) utalhatja be.

(3)

(4) Az orvos saját magát és közeli hozzátartozóját [Ptk. 685. § b) pont] egészségügyi szakellátásra utalhatja akkor is, ha nem a (2) bekezdésben nevesített beutaló orvos, feltéve, hogy tagja a Magyar Orvosi Kamarának.

(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 indokolt.

Vhr. 3. § (1) A biztosítottat MRI (mágneses magrezonancia), CT (komputertomográfia), DSA (digitális szubsztrakciós angiográfia) vizsgálatra kizárólag a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet szakorvosa, PET (pozitronemissziós tomográfia) vizsgálatra pedig kizárólag a fekvőbeteg-gyógyintézet szakorvosa utalhatja be.

(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 megisméltése, 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 1993. évi III. törvény hatálya alá tartozó, az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel rendelkező személyes gondoskodást nyújtó intézményben is.

(8) 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.

Vhr. 3/A. § (1) A beutalónak tartalmazni kell a beutaló orvos és munkahelyének azonosítására szolgáló, valamint az ellátás tényét igazoló adatot.

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

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

a) a MEP-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 hárítható 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 rendelvénnyel 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.

Vhr. 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 egészségügyi miniszter rendeletében meghatározott esetekben fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátása során, továbbá járóbeteg-szakellátása során a gyermekgyógyász szakorvos, illetve házi(gyermek)orvos rendelése alapján jogosult térítésmentesen anyatejellátásra.

(4) Az anyatej társadalombiztosítási támogatás alapját képező literenkénti árát az egészségügyi 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 kór állapot miatt kerül sor.

IV. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére vonatkozó közös rendelkezések

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

(2) A beutaló orvos - saját szakmai javaslata és a beteg kérésének figyelembevétele alapján - a vizsgálatot és gyógykezelést a biztosított egészségi állapota által indokolt progresszivitási szinten szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál kezdeményezheti. A biztosított ellátását nem tagadhatja meg az a szolgáltató, amelynek ellátási területéhez tartozik a biztosított tartózkodási helye, továbbá az, amely a beutaló orvos előzetes jelzése alapján az ellátást vállalta. A biztosított területi ellátására nem kötelezett szolgáltató az ellátást csak akkor tagadhatja meg, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását a területen kívüli betegek fogadása veszélyezteti, és a feladat ellátására a MEP által lekötött szabad kapacitással nem rendelkezik.

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

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

(5) A gyógyító céllal rendelt ellátások közül nem az egészségbiztosítás terhére vehetők igénybe:

a) az egészségügyi törvény rendelkezései alapján

aa) térítésmentesen járó kötelező védőoltások,

ab) a kötelező népegészségügyi és járványügyi tevékenységek,

ac) a népegészségügyi feladatok körében végzett egészségügyi szolgáltatások;

b) a családtervezési tanácsadás, terhesgondozás, gyermekágyas anyák gondozása;

c)

d) katasztrófa-egészségügyi ellátás;

e) külön jogszabályban meghatározott munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok, továbbá foglalkozás-egészségügyi ellátások;

f) külön jogszabály által elrendelt orvos szakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre való jogosultság megállapítása céljából kerül sor;

g)

h) kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében nyújtott ellátások.

(6) Az egészségbiztosítás terhére nem vehetők igénybe

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

b) az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatékony ellátások.

(7) Az (5)-(6) bekezdésben meghatározott ellátások körébe tartozó beavatkozásokat az egészségügyi miniszter rendeletben állapítja meg.

(8) A fekvőbeteg-gyógyintézet a biztosítottat - kérésére - az általa igénybe vett, az E. Alap terhére elszámolt fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásról és az ezért az egészségbiztosítási finanszírozás keretében folyósításra kerülő összeg várható mértékéről írásban tájékoztatja.

Finanszírozási előkalkuláció

Vhr. 5/A. § (1) A biztosított a kezelése során, de legkésőbb a fekvőbeteg gyógyintézetből történő elbocsátásakor jelezheti az Ebtv. 18. § (8) bekezdésében meghatározott finanszírozási előkalkuláció iránti kérelmét, amit a fekvőbeteg-gyógyintézet a biztosított elbocsátásakor, de legkésőbb az azt követő 10 napon belül köteles a biztosított részére átadni.

(2) A fekvőbeteg-gyógyintézet jól látható helyre kifüggeszti a finanszírozási előkalkuláció kérésének lehetőségéről és feltételeiről szóló tájékoztatót.

Különleges helyzetből adódó eltérő rendelkezések

Vhr. 6. § (1) A Magyar Honvédség és a rendvédelmi szervek (Határőrség, 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 (3) bekezdése szerinti külön jogszabályban foglalt figyelembevételével - az egészségi állapota által indokolt, az ágazati jogszabályokban 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.

Ebtv. 19. § (1) Az egészségügyi ellátás keretében a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségügyi miniszter által az adott finanszírozott ellátásra meghatározott vizsgálati és terápiás eljárási rend szerinti szolgáltatásokra jogosult. Ha a biztosított állapota és a gyógyítás szempontjai indokolják, a kezelőorvos a gyógyítás eredményessége érdekében a vizsgálati és terápiás rendben foglaltaktól eltérhet.

Amennyiben az adott ellátás tekintetében az egészségügyi miniszter nem határoz meg vizsgálati és terápiás eljárási rendet, a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, a szolgáltatónál rendelkezésre álló mindazon finanszírozott vizsgálati és terápiás ellátásra jogosult, amely egészségi állapotának helyreállításához szükséges.

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

Ebtv. 20. § (1) Az ellátást nyújtó szolgáltató egyes vizsgálatok elvégzését, illetve - amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását - egyes beavatkozásokat előjegyzés alapján is teljesítheti.

(2) Amennyiben a kezelőorvos a biztosított részére olyan külön jogszabályban nevesített vizsgálatot vagy beavatkozást rendel, amely várólista szerinti ellátási sorrendben vehető igénybe, a biztosított az ellátásra a várólista szerinti sorrendben jogosult.

(3) A várólistát - a (4) bekezdésben foglaltak figyelembevételével - csak szakmai szempontok szerint lehet összeállítani.

(4) A szerv- vagy szövettípusonként vezetett várólistára való felvételre jogosult:

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

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

c) az a)-b) pont hatálya alá nem tartozó személyek közül az, akinek biztosítója a magyarországi szerv- vagy szövettípusát a Közösségi rendelet 22. cikke 1. bekezdésének c) pontja, illetve kétoldalú egyezmény alapján előzetesen engedélyezte.

(5) A biztosított az általa vélelmezett állapotrosszabbodás esetén térítésmentesen jogosult a kezelőorvosánál mindazon vizsgálatok kezdeményezésére és a kezelőorvos javaslata szerinti elvégeztetésére, amely a várakozás sorrendjét befolyásoló egészségi állapotváltozás megállapításához szükséges.

(6) A biztosított részleges vagy teljes térítési díj megfizetése mellett sem jogosult a várólista szerinti sorrendet megelőzően az ellátás igénybevételére.

2. Cím

Árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatások

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

a) árához

aa) forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer esetében a külön jogszabályban meghatározott hatóság,

ab) magisztrális gyógyszerek esetében a külön jogszabály, támogatást állapít meg,

b) azt a finanszírozott egészségügyi szolgáltató e feladatra kijelölt orvosa, illetve a MEP-pel e feladatra szerződést kötött orvos rendeli, és

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

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

e) a kiszolgáltatásra, kölcsönzésre vagy javításra a MEP-pel e feladatra szerződött (a továbbiakban: szerződött) forgalmazónál vagy gyártónál kerül sor.

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

(3)-(5)

Ebtv. 21/A. § (1) A 21. § (1) bekezdés aa) pontja szerinti hatóság eljárása kérelemre vagy hivatalból indul. A kérelem a forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer társadalombiztosítási támogatásba való befogadására és a támogatás mértékének megállapítására vagy módosítására irányulhat.

(2) Az (1) bekezdés szerinti kérelmet a gyógyszer forgalomba hozatali engedélyének jogosultja nyújthatja be.

(3) A 21. § (1) bekezdése a) pontjának aa) alpontja szerinti hatóság a már befogadott gyógyszer támogatása mértékének módosítása céljából a külön jogszabály szerint hivatalból is jogosult eljárni.

(4) A 21. § (1) bekezdése a) pontjának aa) alpontja szerinti hatóság a döntéséről a kérelmezőt értesíti, ezt követően a döntését a külön jogszabály szerint közzéteszi.

(5) A 21. § (1) bekezdésének aa) pontja és d) pontja szerinti hatóság az elsőfokú döntését fellebbezésre tekintet nélkül végrehajthatónak nyilváníthatja.

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

A gyógyszerek közfinanszírozás alapjául elfogadott árához (a továbbiakban: árához) nyújtott támogatás

Vhr. 7. § (1) A gyógyszerek

a) árához nyújtható támogatás megállapítása iránti kérelmet,

b) támogatása mértékének módosítása iránti kérelmet,

c) befogadásának megszüntetése iránti kérelmet

a termék forgalomba hozatali engedélyének jogosultja az OEP-hez nyújtja be.

(2) Az egyes gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásáról és a támogatás mértékéről vagy összegéről, valamint az árához nyújtott társadalombiztosítási támogatás igénybevételének kezdőnapjáról (a továbbiakban: finanszírozás kezdőnapja), továbbá már támogatott gyógyszer támogatása mértékének vagy összegének változásáról, a külön jogszabályban foglalt feltételek alapján az OEP egy eljárásban, a kérelem benyújtását követő 90 napon belül - a külön jogszabályban meghatározott eljárások esetében az egészségügyi miniszter által kijelölt szerv véleményének kikérését követően - határozatban dönt.

(3)

(4) A kérelmező a (2) bekezdés szerinti eljárásért a külön jogszabályban meghatározottak alapján igazgatási szolgáltatási díjat fizet.

(5) Az OEP a külön jogszabályban meghatározott szempontok szerint évente felülvizsgálja a támogatott gyógyszerek körét és a felülvizsgálatot követően a befogadott gyógyszer-támogatásból való kizárása, támogatása mértékének módosítása céljából, hivatalból jár el.

(6) Az OEP a (2)-(5) bekezdés szerinti támogatást, mérték szerint százalékosan (százalék alapja és kulcsa) vagy meghatározott (fix) összegben határozza meg. Fix összegű támogatás az azonos hatóanyagot tartalmazó gyógyszerekre, illetve az azonos betegség kezelésére szolgáló gyógyszerek csoportjára állapítható meg. A százalékos, illetve a fix összegű támogatás megállapításának részletes szabályait külön jogszabály állapítja meg.

(7) A (2) és (5) bekezdés szerinti döntéseket tartalmazó határozatoknak - külön jogszabályban meghatározott - objektív és ellenőrizhető kritériumokon alapuló indokolást kell tartalmazniuk. A határozatokban a finanszírozás kezdőnapját úgy kell megállapítani, hogy az a határozat jogerőre emelkedését követő 365. nappal későbbi időpont nem lehet.

(8) Az OEP-nek a (2) és (5) bekezdés szerinti határozata elleni jogorvoslati kérelmet a (9) bekezdés szerinti fellebbezési bizottság bírálja el, amely a kérelemről a kézhezvételtől számított 60 napon belül dönt.

(9) Az OEP által hozott első fokú határozatok megtámadása esetén másodfokon fellebbezési bizottság jár el. A fellebbezési bizottság az egészségügyi miniszter, a pénzügyminiszter, a gazdasági és közlekedési miniszter, az Országos Gyógyszerészeti Intézet főigazgatója, az Egészségbiztosítási Ellenőrző Testület elnöke, valamint az OEP főigazgatója által kijelölt 1-1 tagból áll. A fellebbezési bizottság működési költségeit az OEP biztosítja. A fellebbezési bizottság működésének szabályait az általa megalkotott ügyrend állapítja meg.

(10) Az OEP a végrehajtható határozatok alapján - figyelemmel a (12) bekezdésben foglaltakra -
a) a támogatásba a tárgyidőszakban befogadott, illetve onnan kizárt gyógyszerek körét, valamint azon gyógyszereket, amelyeknek (12) bekezdés szerinti adatai változnak, a naptári negyedév első napján,

b) a támogatott gyógyszerek teljes körét minden naptári év július első napján tájékoztató jelleggel közzéteszi az OEP hivatalos lapjában.

(11) Az OEP a (10) bekezdés b) pontja szerinti közleményt az Európai Unió Bizottságának tájékoztató jelleggel megküldi.

(12) A (10) bekezdés szerinti közlemény tartalmazza a gyógyszer nyilvántartási számát, megnevezését, kiszerezését, termelői árát, bruttó fogyasztói árát, a támogatás mértékét és összegét, a támogatással csökkentett fogyasztói árát (a továbbiakban: térítési díj), valamint a társadalombiztosítási támogatással történő finanszírozás kezdő napját.

(13) A gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontrendszerét külön jogszabály tartalmazza.

(14) Amennyiben a gyártó az OEP e § szerinti határozatának jogerőre emelkedését követően a befogadott és támogatással forgalmazható gyógyszer árát érintő változtatással kíván élni, a külön jogszabályban foglaltak szerint új kérelmet kell előterjesztenie a támogatás iránt.

(15) Abban az esetben, ha az OEP az (5) bekezdés szerinti határozatát hivatalból történő eljárás során hozza meg, a közfinanszírozás alapját az OEP (12) bekezdés szerinti közleménye tartalmazza.

(16) Az új (még nem támogatott) hatástani csoport támogatási kategóriákba történő felvételét az új hatóanyagot tartalmazó gyógyszer forgalomba hozatali engedélyének jogosultja kérelmére, az OEP és az illetékes szakmai kollégiumok véleményének ismeretében naptári félév 1. napján az egészségügyi miniszter a pénzügyminiszterrel egyetértésben rendeletben hirdeti ki.

(17) Abban az esetben, ha az OEP az (5) bekezdés szerinti eljárását követően valamely gyógyszer támogatásának megszüntetéséről, illetve támogatási mértékének vagy összegének csökkenéséről dönt, a támogatás megszüntetésének napját, illetve a finanszírozás kezdőnapját a határozat meghozatalának napjától számított második negyedév első napjánál korábbi időpontban nem lehet meghatározni.

(18) Az (1) bekezdés szerinti eljárások során hozott döntésekkel szemben újrafelvételi kérelem benyújtásának nincs helye.

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

Vhr. 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 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 indokoltá 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.

Vhr. 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. § (1) bekezdése 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.

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

a) a támogatási csoporton belül vagy a már támogatott eszközökből álló új támogatási csoporton belül a legalacsonyabb közfinanszírozás alapjául elfogadott árú termék, melynek a kialakított támogatási csoportra vonatkoztatott forgalmi részesedése az ártárgyalást megelőző évben az 5%-ot elérte,

b) a még nem támogatott eszközökből álló új támogatási csoporton belül a legalacsonyabb közfinanszírozás alapjául elfogadott árú termék,

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

(2) Amennyiben a referenciatermékek egymást követő három hónapon keresztül nincs forgalmi részesedése, a termék a következő ártárgyalást követő két évben támogatásban nem részesíthető, kivéve, ha a terméknek az ártárgyalást megelőzően legalább hat egymást követő hónapban volt forgalmi részesedése.

(3)

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

Vhr. 8. § (1) A rendeltetészerű használat során a kihordási időn belül meghibásodott gyógyászati segédeszközök javítási díjához nyújtott támogatás

a) mértéke támogatott termék esetében

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

ab) azonos az adott termékcsoporthoz referenciatermékére vonatkozó eredeti 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,

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

ba) azonos az adott termék árához eredetileg nyújtott támogatás mértékével, ha a termék százalékos támogatásban részesült,

bb) azonos az adott termékcsoporthoz referenciatermékére eredetileg vonatkozó százalékos támogatás mértékével, ha a termék eredetileg fix támogatásban részesült, de legfeljebb a kiváltás időpontjában az adott gyógyászati segédeszközre meghatározott legutolsó támogatási érték 60%-ának megfelelő összeg,

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 jogcímén jogosultak esetében 100%.

(2) A rendeltetészerű használat során meghibásodott egyedi méretvétele 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 eszközcsoportba tartozó új terméket rendelni nem lehet, kivéve a kihordási időn belüli felírhatóság szabályaival azonos esetben.

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

Vhr. 9. § (1) A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz kiszolgálása előtt az azt kiváltó személyt tájékoztatni kell a kiváltandó terméknek a támogatással csökkentett áráról (a továbbiakban: térítési díjáról).

(2) Amennyiben - a külön jogszabályban előírt szakmai helyettesíthetőség figyelembevételével - a gyógyszer más olyan gyógyszerrel helyettesíthető, melynek térítési díja kedvezőbb és rendeléskor az orvos nem zárta ki a helyettesíthetőséget, a gyógyszerész köteles erről a gyógyszert kiváltó személyt tájékoztatni, s egyetértése esetén a terméket helyettesíteni. A gyógyászati segédeszközök helyettesíthetőségére vonatkozó szabályokat külön jogszabály tartalmazza.

(3) A referenciatermék, illetve a referenciakészítmény forgalmazása a gyógyászati segédeszköz, illetve a gyógyszer nagy- és kiskereskedelmi tevékenységet folytató forgalmazóknál kötelező.

(4)

Vhr. 10. § A külön jogszabályban meghatározottak szerint társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszer támogatással csak akkor szolgáltatható ki, ha a vényen feltüntetett személy társadalombiztosítási támogatásra való jogosultságáról a gyógyszer kiszolgáltatása előtt az OEP a nyilvántartásában meggyőződött, és erről a gyógyszertár visszajelzést kapott.

Vhr. 10/A. § (1)

(2) A Társadalombiztosítási Ár- és Támogatási Bizottság (a továbbiakban: TÁTB) a 7/A. § (1) bekezdése szerinti miniszterek véleményező, javaslattevő szerve. A TÁTB-nak az Egészségügyi Minisztérium, a Gazdasági és Közlekedési Minisztérium, a Pénzügyminisztérium, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztár képviselőiből álló tagjait és elnökét az egészségügyi miniszter - a pénzügyminiszterrel egyetértésben - nevezi ki.

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

(4)

(5)-(6)

Vhr. 10/B. § (1) A termék forgalomba hozója gyógyászati segédeszköz támogatásba történő befogadását és a támogatás megszüntetését az OEP-nél javasolhatja.

(2) A közfinanszírozás alapjául elfogadott ár, valamint a kölcsönzési díj kialakítására irányuló tárgyalásokat (a továbbiakban: tárgyalás) az OEP termékcsoportonként, legalább két évente egyszer bonyolítja le.

(3) A tárgyalási feltételeket az OEP főigazgatója - a TÁTB véleményének előzetes kikérése után - legalább négy héttel a tárgyalások megkezdése előtt az OEP hivatalos lapjában közzéteszi.

(4) A tárgyalásokon döntési vagy tanácskozási joggal részt vevő, illetve szakértőként közreműködő személyekkel szemben a közbeszerzési eljárásnál alkalmazandó összeférhetetlenségi szabályokat értelemszerűen alkalmazni kell.

(5) Gyógyászati segédeszköz támogatásba történő befogadásának feltétele, hogy annak forgalomba hozója

a) a (2) bekezdés szerinti ártárgyalásokon részt vegyen,

b) az alkalmazott számítások egyidejű bemutatásával nyilatkozik arról, hogy az általa tett árajánlat kialakítása során figyelembe vette, hogy a fajlagos költségeket és az üzleti kockázatot csökkenti, ha a terméket támogatással lehet értékesíteni,

c) egyedi méretvétel alapján készült gyógyászati segédeszköz esetében nyilatkozik továbbá arról, hogy az általa tett árajánlat kialakítása az egyidejűleg bemutatott műszaki-gazdasági adatokon nyugvó, előre rögzített paramétereket tartalmaz.

(6) Az OEP a tárgyalások során kialakított, a közfinanszírozás alapját képező javasolt árakat, illetve kölcsönzési díjakat a tárgyalás lezárását követő 30 napon belül az egészségügyi miniszter elé terjeszti.

(7) A (2) bekezdés szerint kialakított árak, kölcsönzési díjak és támogatási mértékek legkésőbb a tárgyalás lezárását követő második negyedév végéig kihirdetésre kerülnek.

(8) A gyógyászati segédeszköz forgalmazásának megszüntetése előtt legalább fél évvel a forgalmazónak tájékoztatnia kell az OEP-et a támogatott termék forgalomból történő kivonásáról.

(9) A gyógyászati segédeszközök támogatásának megszüntetése - az OEP javaslata alapján - a támogatás megszüntetése iránti kérelem benyújtását követő második negyedév végéig kerül kihirdetésre.

Vhr. 10/C. § (1) Az OEP az Ebtv. 30/A. §-a alapján megkötött szerződésben a forgalomba hozatali engedély jogosultja, illetve a forgalomba hozó, valamint a gyógyászati ellátást nyújtó szolgáltató számára az Egészségbiztosítási Alap javára történő - feltételhez kötött - fizetési kötelezettséget írhat elő. A szerződés rögzíti a befizetés alapját és mértékét.

(2)

(3) Az Ebtv. 30/A. §-a szerinti szerződéskötés részletes feltételeit tartalmazó közleményt az OEP főigazgatója - a TÁTB vagy a Technológiai Értékelő Bizottság véleményének megismerését követően - az OEP hivatalos lapjában közzéteszi.

Vhr. 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.

Vhr. 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.

Vhr. 10/F. § (1) A társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátások körét, valamint az árukhoz nyújtott támogatás mértékét az egészségügyi miniszter a pénzügyminiszterrel egyetértésben rendeletben állapítja meg.

(2) A támogatás százalékos mértékben állapítható meg. A százalékos mértékű támogatás alapja az OEP által a (3)-(5) bekezdésben meghatározottak szerint elfogadott ár (a továbbiakban: 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 az OEP hivatalos lapjában 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 összeférhetlenségi 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 egészségügyi 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.

☞ Vhr. 10/G. § (1) A külön jogszabály szerint 100%-nál alacsonyabb mértékben támogatott:

☞ a) egyedi méretvétel alapján készült gyógyászati segédeszközök, vagy

☞ b) adaptív és sorozatgyártású gyógyászati segédeszközök közül - a (2) bekezdésben foglaltak figyelembevételével - a támogatási csoportján belül a forgalmazott leghosszabb kihordási idejű és a közfinanszírozás alapjául elfogadott legalacsonyabb árú gyógyászati segédeszközök kerülhetnek be a közgyógyellátás terhére felírható eszközök körébe. Közgyógyellátási jogcímén a 100%-nál alacsonyabb mértékben támogatott gyógyászati segédeszköz javítható.

☞ (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 közgyógyellátás jogcímén más eszközök is bekerülhetnek a közgyógyellátás terhére felírható eszközök körébe.

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

☞ (4)-(6)

☞ (7) Közgyógyellátás jogcímén felírható gyógyászati segédeszközök köre legalább évente felülvizsgálatra kerül.

☞ Vhr. 10/H. § (1) A 10/G. § (1) bekezdésének b) pontja és (2) bekezdése szerinti, a közgyógyellátás jogcímén felírható eszközök közfinanszírozás alapjául elfogadott árának kialakítására irányuló eljárást az OEP bonyolítja le.

☞ (2) Az (1) bekezdés szerinti eljárásra vonatkozó feltételeket az OEP főigazgatója az OEP hivatalos lapjában és honlapján közzéteszi. A feltételeket tartalmazó felhívásban az OEP támogatási csoportonként az éves forgalmi adatokat közzéteszi.

☞ (3) Az (1) bekezdés szerint meghatározott gyógyászati segédeszköz közgyógyellátás jogcímén történő támogatásának feltétele, hogy

☞ a) az eszköz forgalomba hozója

☞ aa) az (1) bekezdés szerinti eljárásokban részt vegyen,

☞ ab) nem tesz olyan tartalmú írásos nyilatkozatot, hogy a folyamatos és országos ellátást nem vállalja;

☞ b) az eszköz a külön jogszabály szerint a támogatásba már befogadott eszköz legyen.

☞ (4) Az OEP az (1) bekezdésben szabályozott eljárására vonatkozó nyilvánosság biztosítása érdekében az internetes honlapján elektronikus úton közzéteszi a (3) bekezdés szerint benyújtott, formai szempontból megfelelő ajánlatot a kérelem beérkezését követő három munkanapon belül.

☞ (5) Az OEP az (1) bekezdés szerinti eljárások során kialakított, a közfinanszírozás alapját képező javasolt árakat az egészségügyi miniszter elé terjeszti.

Utazási költségtérítés

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

a) ha orvosszakértői vizsgálatra utalták vagy rendelték be; vagy
b) ha a beutalás olyan egészségügyi szolgáltatóhoz történik,
ba) amely a biztosított területi ellátására kötelezett, vagy
bb) amely a ba) pont szerinti egészségügyi szolgáltatónál a biztosított lakóhelyéhez (tartózkodási helyéhez) közelebb esik, ha az oda történő beutalásba a biztosított beleegyezett; vagy
c) a megfelelő feltételekkel rendelkező, bármely más - a biztosított lakóhelyéhez (tartózkodási helyéhez) legközelebb eső - egészségügyi szolgáltatóhoz történő beutalás esetén, ha az egészségügyi szolgáltató által nyújtott ellátás biztosítására a b) pont szerinti egészségügyi szolgáltatók szakmai indokok alapján nem alkalmasak.

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

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

(4) A fogyatékos gyermek ellátását biztosító gyógypedagógiai intézmény, korai fejlesztését és gondozását, fejlesztő felkészítést nyújtó intézmény és a fogyatékos gyermekek rehabilitációs célú szolgáltatását biztosító intézmény igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költségekhez támogatás jár.

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

(6) Az utazási költséghez nyújtott támogatás a biztosítottal azonos módon illeti meg
a) a 16 éven aluli gyermek kísérőjét,
b) a 16 éven felüli biztosított kísérőjét, amennyiben egészségi állapota miatt a kíséretet a beutaló orvos szükségesnek tartja.

(7) Helyi közlekedési eszköz igénybevételéhez nem jár támogatás.

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

Vhr. 11. § (1) Az utazási költségtérítés mértéke megegyezik az adott távon menetrend szerint közlekedő és a (2) bekezdésben felsorolt szervek által üzemeltetett közlekedési eszköz igénybevételére megszabott viteldíj teljes árával.

(2) A biztosított és kísérője a MÁV, a Győr-Sopron-Ebenfurti Vasút magyar vonalán, továbbá a BKV-HÉV, valamint a VOLÁN és a koncessziós autóbusz-közlekedési társaságok járatain hitelezett utazási utalvánnyal díjfizetés nélkül utazhat. A hitelezett utazási utalvány e célra rendszeresített szigorú számadású nyomtatvány, amely egyszeri utazásra jogosít. A MÁV és a Győr-Sopron-Ebenfurti Vasúton a hitelezett utalvány másodosztályon történő utazásra jogosít.

(3) A hitelezett 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 segédeszközt gyártó (forgalmazó) által kijelölt személy,

f) az OOSZI illetékes szervének vezetője által kijelölt személy a vizsgálat elrendelésekor, illetőleg a vizsgálatot követően,

g) a Szakértői Rehabilitációs Bizottság vezetője a vizsgálatot követő hazautazás érdekében,

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) Azt a biztosítottat, aki a betegsége, egészségi állapota miatt tömegközlekedési eszközön utazni nem tud, utazási költségtérítésként az adott viszonylatban közlekedő olcsóbb díjtételű menetrend szerinti közlekedési eszköz jegyének ára - ideértve a kísérő jegyének árát is - illeti meg. A menetjegy árának térítésére való jogosultságot a (3) és (5) bekezdésekben említett orvos, valamint személy az e célra rendszeresített utazási utalványon igazolja.

(5) A gyógypedagógiai nevelési-oktatási intézmény, a korai fejlesztést és gondozást, a fejlesztő felkészítést nyújtó intézmény és a rehabilitációs célú szakszolgálat igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költség megtérítéséhez utazási utalvány kiállítására a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény 6. §-ának (4) bekezdése szerinti Szakértői és Rehabilitációs Bizottság vezetője jogosult. Az említett szolgáltatások igénybevételét a szolgáltatást nyújtó intézmény vezetője az erre a célra rendszeresített utazási utalványon havonta (hetente) igazolja.

(6) A fogyatékos gyermek és kísérője részére a közforgalmú személyszállítási, utazási kedvezményekről szóló jogszabályban biztosított kedvezményt meghaladó része téríthető meg utazási költség címén, ha az utazás közforgalmú közlekedési eszköz igénybevételével történt.

(7) Az utazási utalványok elszámolása a (2) bekezdésben említett szervek és a MEP között megkötött szerződés alapján történik.

(8) Nem állítható ki hitelezett utazási utalvány a jogszabály alapján díjmentes utazásra jogosult személy részére. Ha a beutalt jogosult díjmentes utazásra, az utalványt csak a kísérő részére kell kiállítani, feltüntetve, hogy a beutalt díjmentes utazásra jogosult.

(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 Ptk. 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.

Vhr. 11/A. § A kísérő a 11. §-ban foglaltak szerint jogosult a kíséréssel kapcsolatban felmerült utazási költségei (oda- és visszaút) - a helyi közlekedési eszköz igénybevételéhez kapcsolódó költségek kivételével - megtérítésére.

Méltányosságból engedélyezhető egészségügyi szolgáltatások

Vhr. 11/B. § (1) Az Ebtv. 26. §-a (1) bekezdésének a) pontja alapján a biztosított által részleges térítési díj megfizetése mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás térítési díja, vagy annak egy része méltányosságból akkor vállalható át, ha azt a biztosított a MEP-pel, illetve a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatósággal (a továbbiakban: VTI) szerződéses jogviszonyban álló egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe.

(2) Az (1) bekezdés szerinti méltányossági kérelmet a biztosított a lakóhelye szerint illetékes MEP-nél vagy a munkahelye szerint illetékes VTI-nél nyújthatja be.

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

a) az ellátás (beavatkozás) szakmai indoklását 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) A MEP vagy a VTI a kérelem beérkezésétől számított 8 napon belül hiánypótlásra szólítja fel a biztosítottat, ha a kérelem nem tartalmazza a (3) bekezdésben foglaltakat. A biztosítottnak a felszólítás kézhezvételétől számított 15 napon belül kell a hiánypótlásnak eleget tennie. A biztosítottat a hiánypótlásról szóló felszólításban tájékoztatni kell arról, hogy a határidő elmulasztása esetén az eljárás megszüntetésre kerül.

(5) A MEP, illetve a VTI az ellenőrző főorvos szakvéleményével, javaslatával ellátott kérelmet a kérelem beérkezését vagy a hiánypótlási határidő lejártát követő 8 napon belül felterjeszti az OEP-hez.

Vhr. 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 döntéséről értesíteni kell a biztosítottat, a beavatkozást elvégző egészségügyi szolgáltatót és a MEP-et, illetve a VTI-t. A kérelem elutasítása esetén az elutasítás indokát közölni kell a biztosítotton kívül 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

Vhr. 11/D. § (1) A biztosított az Ebtv. 26. §-a (1) bekezdésének b)-d) pontjai szerinti méltányossági kérelmét a lakóhelye szerint illetékes MEP-nél vagy a munkahelye szerint illetékes VTI-nél nyújthatja be.

(2) A kérelemnek tartalmaznia kell a biztosított személyes adatait, TAJ számát, és a kérelemhez mellékelni kell:

a) 3 hónapnál nem régebbi kórtörténeti összefoglalót, amely igazolja, hogy a biztosított kizárólag az igényelt termékkel, illetve ellátással kezelhető, látható el;

b) gyógyszerre vonatkozó kérelem esetén az a) és d)-e) pontokban 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) 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 Országos Gyógyszerészeti Intézet (a továbbiakban: OGYI) által engedélyezett és kiadott Járóbeteg Gyógyszer Igénylő Lap-ot, Magyarországon nem, viszont az EGT tagállam területén forgalomban lévő gyógyszer esetén, a kezelőorvos kérelmére az OGYI által kiadott véleményt és Járóbeteg Gyógyszer Igénylő Lap-ot;

bc)

c) gyógyászati segédeszközre vonatkozó kérelem esetén, az a) és d)-e) pontokban foglaltakon kívül:

ca) a biztosítottat kezelő szakorvos javaslatát, amelyből megállapítható a gyógyászati segédeszköz neve, az eszköz szükségességének indokoltága, a támogatás időtartama,

cb) társadalombiztosítási ártámogatásban nem részesülő gyógyászati segédeszköz esetén a magyarországi gyártó vagy forgalmazó árajánlatát, valamint az eszköz megfelelőségét igazoló dokumentációt,

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

cd) a méltányosságból engedélyezett gyógyászati segédeszköz javítása esetén a javítást végző szolgáltatónak a javításra adott árajánlatát;

d) a kezelőorvos által - külön jogszabály szerint - kiállított vényt;

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

(3) Amennyiben a benyújtott kérelem nem tartalmazza a (2) bekezdésben előírtakat, akkor a MEP, illetve a VTI a 11/B. § (4) bekezdésében foglaltak szerint jár el.

(4) A MEP, illetve a VTI az ellenőrző főorvos szakvéleményével, javaslatával ellátott kérelmet a kérelem beérkezését vagy a hiánypótlási határidő lejártát követő 8 napon belül felterjeszti az OEP-hez.

Vhr. 11/E. § (1) A 11/D. § szerinti kérelem elbírálása során vizsgálni kell a betegség súlyosságát, az orvos szakmai indokolást, az alkalmazott és a kérelmezett kezelések, ellátások költségét és hatékonyságát, továbbá a biztosított jövedelmi helyzetét. Az OEP-nél működő tanácsadó testület a kérelmet szakmailag véleményezi.

(2) A kérelmezett támogatás megállapítása legfeljebb egy évre, gyógyászati segédeszköz esetén a kihordási időre történhet. Kivételesen indokolt esetben a külön jogszabályban megállapított kihordási időtől eltérő, az ellátás biztonságát garantáló határozott időre is történhet a megállapítás.

(3) Az OEP által engedélyezett ártámogatás esetén az engedélyezés igazolásával ellátott vényt postán meg kell küldeni a biztosítottnak, továbbá az engedélyezésről egyidejűleg írásban tájékoztatni kell a kezelőorvost, valamint egyedi gyártású gyógyászati segédeszköz esetén a gyártót vagy a forgalmazót. A biztosítottat tájékoztatni kell arról is, hogy az egyedi importgyógyszert melyik gyógyszerárban, a gyógyászati segédeszközt melyik gyártónál, forgalmazónál válthatja ki.

(4) A kérelem elutasítása esetén az elutasítás indokát közölni kell a biztosítotton kívül a kezelőorvossal is.

3. Cím

A biztosított által részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

Ebtv. 23. § A biztosított részleges térítés mellett jogosult

a) 18 éves életkor alatt fogszabályozó készülékre;

b)

c) a rágóképesség helyreállítása érdekében jogszabályban meghatározott típusú fogpótlásra;

d) kizárólag beutalóval igénybe vehető ellátás beutaló nélküli igénybevételére, ha azt az azonnali ellátás szükségessége nem indokolja;

e) az ellátás más finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál történő igénybevételére, mint amelynél a beutaló orvos azt kezdeményezte;

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

g) amennyiben a szolgáltatónál az ehhez szükséges feltételek rendelkezésre állnak saját kezdeményezésére

ga) egyéni igényei szerinti étkezésre,

gb) az egészségi állapota által nem indokolt, a 14. § (2) bekezdés f) pontjától eltérő, az intézmény e célra kijelölt részlegében magasabb színvonalú elhelyezésre;

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

i) az egészségügyi miniszter rendeletében foglalt esetekben szanatóriumi ellátásra;

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

Ebtv. 24. § (1) A biztosított által is csak térítési díj megfizetése mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások díját arra tekintettel kell megállapítani, hogy az adott ellátás

keretében a biztosított részére nyújtanak-e olyan szolgáltatást, amelyre a biztosított térítésmentesen jogosult.

(2) Az e fejezetben foglaltak szerint megállapított részleges térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik azzal, hogy a szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét.

(3) A 23. § c) pontjában meghatározott fogászati ellátások térítési díját legfeljebb 10%-kal meg lehet emelni, amennyiben a biztosított nem vett részt a külön jogszabályban előírt, időszakos fogászati szűrővizsgálaton. A szűrővizsgálaton való részvételt bármely, a vizsgálat elvégzésére külön jogszabály értelmében jogosult egészségügyi szolgáltató igazolhatja.

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

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

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

a)

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

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

(4) A 23. § gb) pontja tekintetében a szolgáltató ápolási naponkénti díjat állapítja meg.

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

4. Cím

Méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

Ebtv. 26. § (1) Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) - az E. Alap költségvetésében meghatározott keretek között - méltányosságból

a) a biztosított által részleges térítési díj megfizetése mellett az egészségbiztosítás terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díját vagy annak egy részét átvállalhatja,

b) a külön jogszabály szerinti támogatással rendelhető gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás árához a megállapított támogatási mértéket meghaladó támogatást nyújthat,

c) a támogatással nem rendelhető allopátiás gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz árához, valamint a méltányosságból már támogatott gyógyászati segédeszköz javítási díjához támogatást nyújthat,

d) a gyógyászati segédeszközök árához a külön jogszabályban foglaltaktól eltérő gyakorisággal támogatást nyújthat.

(2) A méltányossági jogkör gyakorlása nem terjed ki

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

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

c) a gyógyászati segédeszköz árához nyújtott támogatás külön jogszabály alapján keretösszegben történő igénybevételenek esetére, valamint

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

5. Cím

Külföldön történő gyógykezelés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Külföldi tartózkodás közben szükséges gyógykezelés megtérítése

Vhr. 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 igénybejelentéshez 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 igényhez 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 MEP 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 Rt. 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 Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: FPEP) kizárólagos hatáskörébe tartozik. A megtérítési igény érvényesítésére a foglalkoztató az FPEP-pel megállapodást köthet.

(12) A FPEP 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 igény bejelentéséhez 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 betegségének súlyosságát, az egészségügyi ellátás jellegét és várható időtartamát mérlegeli.

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

III. Fejezet

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSAIRA VALÓ IGÉNY ÉRVÉNYESÍTÉSE

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

a) az egészségügyi szolgáltatás igénybevételeire való jogosultságát a Társadalombiztosítási Azonosító Jelét (a továbbiakban: TAJ-szám) igazoló okmány bemutatásával,

b) az árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető ellátásokra való jogosultságát

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

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

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

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

(3) A Községi rendelet hatálya alá tartozó személy - ha TAJ-számmal nem rendelkezik - a Községi rendelet szerinti formanyomtatvány, illetve hatósági igazolvány bemutatása esetén jogosult az egészségügyi szolgáltatásra.

(4) A Tbj. alapján biztosítási jogviszonyban álló, vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult külföldi az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságát az „Igazolás az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságról” elnevezésű nyomtatvánnyal igazolja.

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

ellátások költségeinek megtérítése iránti igényt pedig a hazaérkezést követő tizenöt napon belül kell a jogosult lakóhelye szerint illetékes MEP-nél bejelenteni.

(6) Az utazás költségéhez nyújtott pénzbeli támogatás iránti igényt a jogosult lakóhelye szerint illetékes MEP-hez kell benyújtani.

(7) A 22. § szerinti utazási költséghez nyújtott támogatás iránti, valamint a 27. § (1) és (2) bekezdéseiben említett ellátások költségeinek megtérítése iránti igény elbírálására a 61. § rendelkezéseit megfelelően alkalmazni kell. A 27. § (6) bekezdésében említett ellátások költségeinek megtérítése iránti igény a külföldi gyógykezelés befejezésétől számított harminc napon túl nem érvényesíthető.

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

Vhr. 12/A. § (1) Az igényérvényesítéshez szükséges TAJ számot a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Tbj.) szerinti belföldi személy kezdeményezésére a lakóhelye, ennek hiányában a tartózkodási helye szerint illetékes megyei (fővárosi) egészségbiztosítási pénztár (a továbbiakban: MEP) „Hatósági Igazolvány”-on igazolja. Amennyiben a Tbj. szerinti belföldi személy magyarországi tartózkodása vagy egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultsága határozott idejű, a MEP a „Hatósági Igazolvány” érvényességi idejét ezen időtartamra korlátozza. A TAJ szám kiadását az erre a célra rendszeresített nyomtatvány kiállításával lehet kezdeményezni.

(2) Az anya vagy a gyermek törvényes képviselője az újszülött osztályon rendelkezésére bocsátott nyomtatvány kiállításával kezdeményezheti az újszülött számára a TAJ szám kiadását. A kiállított nyomtatványt az intézmény a születés bejelentésével együtt megküldi a területileg illetékes anyakönyvvezetőnek. Ha a születés nem intézményben vagy orvos közreműködésével történik, az anyakönyvvezető az anyának, illetve a gyermek törvényes képviselőjének a rendelkezésére bocsátja a TAJ szám kiadását igénylő nyomtatványt.

(3) A MEP az anyakönyvvezető adatszolgáltatása alapján soron kívül kiadja és az anya vagy a gyermek törvényes képviselőjének lakcímére postán megküldi az újszülött TAJ számát tartalmazó „Hatósági Igazolvány”-t.

(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) a biztosított a lakóhelye, illetőleg a tartózkodási helye szerint illetékes MEP-nél jogosultságának egyidejű igazolásával igényelheti. Az EU-Kártyát az igénylő személyesen vagy meghatalmazott útján veheti át a lakóhelye, illetőleg a tartózkodási helye szerint illetékes MEP-nél.

(7) Az EU-Kártya érvényességi ideje:

a) a b)-d) pontban meghatározott esetek kivételével 12 hónap,

b) a Tbj. 16. §-a (1) bekezdésének b) pontjában meghatározott személy esetében 36 hónap,

c) a Tbj. 16. §-a (1) bekezdésének l) pontjában meghatározott személy esetében az egészségügyi szolgáltatásra jogosult kiskorú nagykorúvá válásának napjáig hátralévő időszak, de legfeljebb 36 hónap, a nagykorúvá válás napját megelőző egyéves időtartam alatt történő kiváltás esetén a nagykorúvá válás napjától függetlenül 12 hónap,

d) a köztisztviselők tartós külszolgálatáról szóló 104/2003. (VII. 18.) Korm. rendelet alapján a kihelyező okiratban szereplő, tartós külszolgálatot teljesítő személy és ellátmánypótlékra 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 előírt nyomtatványon - a MEP-től kéri a TAJ szám kiadását. A MEP 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 tárgy hónapot 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 a tárgy hónapot követő hónap 12. napjáig a foglalkoztató az illetékes MEP-hez továbbítja. Ha a foglalkoztató az Igazolást nem tudja bevonni, 3 munkanapon belül erről írásban értesíti a MEP-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, az illetékes 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 MEP állítja ki az Igazolást. A járulékfizetést a befizetés helyén vagy az illetékes MEP-nél igazolják. A megállapodáson alapuló jogosultság megszűnését követő 3 munkanapon belül az Igazolást a MEP-nél le kell adni.

(11) Annak a külföldinek, akinek egészségügyi szolgáltatásra jogosultsága a Tbj.-ben foglalt eltartott hozzátartozói jogcímen állapítható meg, a TAJ szám és Igazolás kiállítására vonatkozó igényét az eltartóval közösen, a lakó-, illetve tartózkodási hely szerint illetékes MEP-nél kell benyújtani. Az eltartott hozzátartozó részére a MEP kiállítja és egyúttal első ízben érvényesíti az Igazolást. A jogosultság megszűnését követő 3 munkanapon belül az Igazolást a MEP-nél le kell adni.

(12) A biztosított és a Tbj. 16. §-a (1) bekezdésének *i*) pontja szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy külföldi eltartottja részére az eltartó foglalkoztatója, illetve a középfokú nevelési-oktatási vagy felsőoktatási intézmény érvényesíti havonta az Igazolást a (8) bekezdésben foglaltak szerint.

(13) A (11)-(12) bekezdésben nem szabályozott esetekben az Igazolást a MEP 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 MEP 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 az illetékes MEP-et.

(15) Egészségügyi szolgáltatás - amennyiben jogszabály másként nem rendelkezik - TAJ számot igazoló érvényes okmány alapján vehető igénybe.

IV. Fejezet

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KERETÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK BIZTOSÍTÁSA

Szerződéses kapcsolatok

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

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

a) erre külön jogszabályban foglaltak szerint jogosult, valamint

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

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

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

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

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

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

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

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

d) az egészségügyi szolgáltató adatszolgáltatási kötelezettségét,

e) a külön jogszabály rendelkezései szerinti feltételeket,

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

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

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

(2) A finanszírozási szerződés mellékletét képezi

a) az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedély,

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

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

d) az egészségügyi dokumentáció vezetésének rendjéről szóló tájékoztató.

(3) A finanszírozási szerződés módosítását - figyelemmel a kapacitáslekötési megállapodásokra - bármelyik fél kezdeményezheti.

(4) Az egészségügyi szolgáltató köteles bejelenteni

a) ha a működési engedélyt módosították,

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

(5) Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a (4) bekezdésben foglalt kötelezettségét elmulasztja, köteles az ebből eredő finanszírozási többletet visszatéríteni.

(6) Az egészségügyi szolgáltató köteles bejelenteni a MEP-nek, ha köztartozása esedékességének időpontja lejárt, illetve ha lejárt esedékességű köztartozásában változás következik be.

(7) Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a (6) bekezdésben meghatározott kötelezettségének legkésőbb a köztartozás esedékessége időpontjának lejártától, illetve a lejárt esedékességű köztartozásában bekövetkezett változás időpontjától számított 30 napon belül nem tesz eleget, illetőleg ha a lejárt esedékességű köztartozását 90 napon belül nem egyenlíti ki, a finanszírozási szerződését fel kell mondani.

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

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

b) a szerződés megkötését kezdeményezi, és

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

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

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

a) az orvos szakorvosi szakképesítését,

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

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

(3) A támogatással történő rendelésre jogosító szerződés mellékletét képezi az orvos arra vonatkozó nyilatkozata, hogy áll-e gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz ismertető tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz gyártóval, forgalmazóval, nagykereskedővel, illetve rendelkezik-e a gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz gyártó, forgalmazó, nagykereskedő felett jelentős befolyást biztosító tulajdoni hányaddal. A gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz ismertető tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban álló, vagy jelentős befolyást biztosító tulajdoni hányaddal rendelkező orvos kizárólag külön jogszabályban foglalt esetben jogosult gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz rendelésére.

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

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

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

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

b) a szállítási és elszámolási feltételeket,

c) a 32. § (2) bekezdésének c) pontjában foglaltakat.

(2) A szerződés mellékletét képezi

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

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

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

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

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

a) az ellátás nyújtására és elszámolására vonatkozó rendelkezéseket, valamint

b) a 32. § (2) bekezdésének c) pontjában foglaltakat.

(2) A szerződés mellékletét képezi

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

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

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

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

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

Ebtv. 34. § (1) Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

a) a ráfordítások alapján meghatározott normán,

b) az ellátandó feladatokon,

c) az ellátott esetek számbavételén,

d) fejkvótán,

e) a nyújtott szolgáltatások teljesítményarányain,

f) egyes szolgáltatások tekintetében teljesítményegységének mennyiségén,

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

h)

alapuló rendszerben történik.

(2) Az (1) bekezdésben foglalt elveken alapuló finanszírozás szabályait külön törvény és a végrehajtására kiadott jogszabályok tartalmazzák.

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

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

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

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

(4) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató részére - a biztosítási jogviszony keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások igénybevehetőségét veszélyeztető - kritikus gazdálkodási helyzet esetén, amennyiben annak megelőzésére, illetve elhárítására saját hatáskörben bizonyíthatóan minden lehetséges intézkedést megtett, és a tulajdonos saját forrásaiból meghatározott arányú konkrét hozzájárulást, valamint garanciát vállal, az OEP - az E. Alap éves költségvetésében e célra megjelölt előirányzat terhére - egyszeri, kamatmentes finanszírozási előleget nyújthat.

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

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

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

A kötelező egészségbiztosítás ellátásainak biztosítását szolgáló szerződések

Vhr. 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.

Vhr. 13/A-D. §

Vhr. 14. § (1) A (2)-(3) bekezdés és a 15-25. § szerinti szerződéseket, ha jogszabály másként nem rendelkezik - a (3) bekezdésben foglaltak kivételével - az egészségügyi szolgáltató székhelye szerint illetékes MEP határozatlan időre köti meg.

(2) Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 152. §-a értelmében a települési önkormányzatok kötelező feladatát képező egészségügyi alapellátás körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások (háziorvosi, 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 MEP, vasút-egészségügyi szolgáltató esetén a VTI köti meg a szolgáltatóval.

Vhr. 15. § (1) Amennyiben az OEP, illetve a MEP a finanszírozási szerződés adatai alapján megállapítja, hogy az egészségügyi szolgáltató valamely szakmai szervezeti egysége nem rendelkezik az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló külön jogszabályban meghatározott feltételekkel, az egészségügyi szolgáltatónál - ha nem áll fenn ellátási érdek - kezdeményezheti a finanszírozási szerződés felbontását, és a hiányosságokat jelzi az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyt kiadó hatóság felé.

(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 217/1998. (XII. 30.) 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 a területileg illetékes MEP nem tagadhatja meg.

Vhr. 16. § (1) A MEP az Ebtv. 10. §-a szerint a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások közül az egészségügyi 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 egészségügyi miniszter rendelete alapján a területi védőnői szolgálat finanszírozására a MEP 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 MEP 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 egészségügyi miniszter rendelete szerint a szolgáltatás nyújtására kötelezett egészségügyi szolgáltatóval, a szolgáltató egyéb finanszírozott tevékenysége keretében köt finanszírozási szerződést.

Vhr. 17. § (1) Háziorvosi és házi gyermekorvosi (a továbbiakban: háziorvosi) ellátás finanszírozására a MEP 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 szolgáltatóknak az ügyeleti ellátásban történő részvételi rendjét.

Vhr. 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.

Vhr. 19. § A járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-ellátás - ideértve a rehabilitációs és a szülészeti ellátást is - finanszírozására a MEP, illetve a VTI a finanszírozási szerződést azokkal az egészségügyi szolgáltatókkal köti meg, amelyek kapacitását külön jogszabály rendelkezései szerint lekötötte, illetve befogadta.

Vhr. 20. § A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolás finanszírozására a MEP 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.

Vhr. 21. § (1) Betegszállításra az OEP a külön jogszabályban foglaltak szerint finanszírozási szerződést köt az Országos Mentőszolgálattal, valamint szerződést köthet a betegszállítás végzésére működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatóval.

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

Vhr. 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 jelentős 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 MEP 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) Az Ebtv. 37. §-ának (4) bekezdése szerinti összeg 60 000 Ft.

(7) Az Ebtv. 37. §-ának (4) és (6) bekezdése alkalmazásában a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére való jogosultság külön-külön is felfüggeszhető aszerint, hogy melyik tekintetében valósul meg a jogosulatlan rendelés.

(8) Az Ebtv. 32. §-ának (1) bekezdése szerinti nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának, továbbá az Ebtv. 32. §-ának (5) bekezdése szerinti pro familia rendelésre jogosult orvosnak támogatással történő gyógyszer és gyógyászati segédeszköz általános és különleges jogcímen történő rendelés esetén nyilvántartást kell vezetni, amelyben az orvosnak fel kell tüntetnie a beteg diagnózisát és az ahhoz kapcsolódó támogatással rendelt gyógyszert és gyógyászati segédeszközt, annak mennyiségét, a rendelés jogcímét és keltét, továbbá a beteg taj-számát és a vény sorszámát.

(9) Az Ebtv. 32. §-ának (1) bekezdése szerinti nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának a (8) bekezdés szerinti adatokat havonta, az ellátást követő hónap 10. napjáig kell elektronikus formában, kísérfőjegyzékkel együtt megküldeni a szolgáltatás teljesítési helye szerinti illetékes MEP részére.

(10) A (8) bekezdésben foglalt nyilvántartási és a (9) bekezdésben foglalt adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése a polgári nemzetbiztonsági szolgálatok orvosai vonatkozásában az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral - 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 fejtí ki.

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

Vhr. 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 MEP-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 MEP-et.

Vhr. 23. § (1)

(2) Az Ebtv. 38. §-ának (4) bekezdése szerinti összeg a kiszolgáltatót 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 600 000 Ft.

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

a) az általa forgalmazott gyógyászati segédeszköz tekintetében megfelel az orvostechnikai eszközökről szóló jogszabályban meghatározott előírásoknak, valamint egyedi méretvétel alapján készített gyógyászati segédeszköz vonatkozásában a gyártásra akkreditált minőségmegfeleléségi 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.

Vhr. 25. § (1) Az Ebtv. 30. §-ának (2) bekezdése alapján a MEP 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 MEP az (1) bekezdésben foglaltakon túl szerződést köthet a biztosítottak gyógyúsására alkalmas közfürdő működtetőjével vagy a gyógyúsás szervezésére működési engedéllyel rendelkező szervezettel, illetőleg személlyel ezen gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására.

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

A szerződés teljesítésének ellenőrzése

Ebtv. 36. § (1) Az OEP, illetve a MEP

a) (fő)orvosai orvosszakmai kérdésekben ellenőrzik az egészségügyi szolgáltatások szerződés szerint,

b) az a) pontban foglaltak hatálya alá nem tartozó kérdésekben szakemberei (a továbbiakban: ellenőr) ellenőrzik az egészségügyi szolgáltatás nyújtására kötött szerződés teljesítését.

(2) Az (1) bekezdés a) pontja alapján eljáró ellenőrző (fő)orvos jogosult a szolgáltatásokhoz szükséges személyi és tárgyi feltételek vizsgálatára, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentumokba, valamint az elszámolás alapjául szolgáló nyilvántartásokba való betekintésre, és a külön jogszabályban foglaltak szerint a biztosított vizsgálatára. Ennek során az eljáró ellenőrző (fő)orvos jogosult a biztosított ellátásának orvosszakmai indokoltságát felülvizsgálni. Az (1) bekezdés b) pontja szerint eljáró ellenőr jogosult a szolgáltatásokhoz szükséges személyi és tárgyi feltételek vizsgálatára, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentumokba, továbbá a elszámolás alapjául szolgáló nyilvántartásokba való betekintésre, valamint a (3) bekezdésben foglaltak ellenőrzésére.

(3) Az OEP, illetve a MEP az ellenőrző hálózatának szakemberei útján ellenőrzi a finanszírozott egészségügyi szolgáltatások elszámolási rendjét, az elszámolások valódiságát, a folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi szabályszerűségét és elkülönítését.

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

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

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

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

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

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

Ebtv. 37. § (1) Az egészségügyi szolgáltató megtéríti

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

aa) a finanszírozási szerződésben nem szereplő ellátást,

ab) más forrásból megtérülő ellátást,

ac) el nem végzett ellátást,

ad) orvosszakmailag indokolatlanul vagy nem a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtott ellátást számolt el, illetőleg

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

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

(2) Az (1) és (8) bekezdés, illetőleg a 31. § (5) bekezdése és a 35. § (6) bekezdése szerinti megtérítési, illetve visszatérítési kötelezettség a jogalap nélkül igénybe vett finanszírozást követő két éven belül a finanszírozás elszámolása során is érvényesíthető.

(3) A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás társadalombiztosítási támogatással történő rendelésére a 32. § szerinti szerződés alapján jogosult orvos a rendelésre vonatkozó jogszabályokban foglalt előírások megszegésével rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegét megtéríti.

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

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

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

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

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

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

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

Vhr. 25/A. § Az Ebtv. 39. §-ában említett választás esetén, a választott ellátás iránti igényt az Ebtv. 62. §-a, családtagtámogatási 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 az igény írásban történő 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.

Ebtv. 38. § (1) Gyógyszer támogatással történő kiszolgáltatásának, illetve gyógyászati segédeszköz támogatással történő forgalmazásának ellenőrzése során az OEP, valamint a MEP ellenőrző hálózatának munkatársai vizsgálják

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

- b) a tényleges készlet összhangját a támogatás alapjául elszámolt vényekkel,
c) a támogatási összeg kiszámításának jogszerűségét és pontosságát,
d) az elszámolás alapját képező adatok nyilvántartására vonatkozó előírások megtartását.
- (2) Gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtásának az ellenőrzése során az ellenőrző hálózat munkatársai az (1) bekezdés c)-d) pontjában foglaltakat vizsgálják.
- (3) Ha az (1)-(2) bekezdés alapján megállapításra kerül, hogy a kiszolgáltató, forgalmazó vagy az ellátást nyújtó a támogatás elszámolására vonatkozó szabályokat megszegte, az az így elszámolt támogatásnak a jegybanki alapkamat kétszeresével növelt összegét visszatéríti.
- (4) Amennyiben a kiszolgáltató, forgalmazó vagy az ellátást nyújtó a támogatás elszámolására vonatkozó előírásokat
- a) megszegi, vagy két éven belül ismételten megszegi, és
b) az előírások megszegése vagy az a) pont szerinti időtartamon belül az előírások ismételt megszegése következtében kifizetett támogatás összege meghaladja a külön jogszabályban foglalt mértéket,
a támogatással történő kiszolgáltatásra, forgalmazásra, illetve ellátás nyújtására jogosító szerződést a MEP felmondja. Az érintett kiszolgáltatóval, forgalmazóval és az ellátás nyújtójával, illetve ezek jogutódjával új szerződés a felmondástól számított egy évig nem köthető.
- (5) A közgyógyellátás jogcímén történő gyógyszer-kiszolgáltatás, gyógyászati segédeszköz-forgalmazás, illetőleg egyéb közgyógyellátás keretében nyújtott ellátás esetében az OEP és a MEP az (1) bekezdés szerinti ellenőrző tevékenysége során - az ott megjelölteken túl - vizsgálja
- a) a kiszolgáltatás, forgalmazás, ellátásnyújtás jogcímét,
b) a gyógyszer-kiszolgáltatás gyógyszerkeret összegéig terjedő mértékét,
c) a közgyógyellátás keretében elszámolt térítési díj kiszámításának jogszerűségét és pontosságát.
- (6) Ha megállapításra kerül, hogy a kiszolgáltató, forgalmazó, ellátást nyújtó a közgyógyellátásra vonatkozó szabályokat megszegte, az elszámolt támogatásnak a (3) bekezdés szerinti összegén túlmenően a közgyógyellátás jogcímcsoport előirányzatból finanszírozott összegnek a jegybanki alapkamat kétszeresével növelt összegét is visszatéríti.
- Ebtv. 38/A. § Ha az OEP, illetve a MEP az ellenőrzés során megállapítja, hogy az egészségügyi szolgáltató
- a) a finanszírozási szerződés szerinti,
b) más forrásból megtérülő,
c) el nem végzett
ellátásért a biztosítottal térítési díjat fizettetett, kötelezi az egészségügyi szolgáltatót a térítési díjnak a biztosított részére történő visszafizetésére.

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének ellenőrzése

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

(2) Az OEP, illetve a MEP - az adatvédelemre vonatkozó jogszabályi rendelkezések figyelembevételével - a biztosítottnál a személyes adatokra és az egészségügyi adatokra vonatkozóan adategyeztetést kezdeményezhet.

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

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

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

Irányított betegellátási rendszer

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

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

b) az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók munkájának koordinálását,

c) az ellátásokról történő folyamatos visszacsatolást, valamint

d) az egészségfejlesztési és prevenciós programok koordinálását.

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

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

a) az ellátásszervezés és koordinálás, a betegút követése,

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

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

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

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

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

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

h) amit külön jogszabály ekként határoz meg.

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

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

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

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

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

d) az adatszolgáltatási kötelezettségről,

- e) az ellenőrzésről,
- f) a szerződésszegés esetén az igény érvényesítéséről,
- g) arról, amit külön jogszabály előír.

(6) Az ellátásszervezési szerződéshez csatolni kell

- a) a 38/D. § (1) bekezdése szerinti szolgáltatási szerződést,
- b) a 38/D. § (2) bekezdése szerinti megállapodást,
- c) a külön jogszabályban meghatározott mellékleteket.

(7) Az irányított betegellátási rendszerben érintett biztosítottak az ellátásszervezővel a 38/D. § (1) bekezdése alapján szerződött háziorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz bejelentkezett biztosítottak közül azok minősülnek, akik a (8) bekezdés szerinti értesítést követően egy hónapon belül a külön jogszabályban meghatározottak szerint az egészségügyi és személyes adataik ellátásszervező általi kezelését nem tiltották meg.

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

(9) A (4) bekezdés szerinti elvi számla tekintetében az irányított betegellátási rendszerben részt vevő háziorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz bejelentkezett biztosítottak közül azokat is érintett biztosítottaknak kell tekinteni, akik megtiltották adataik ellátásszervező általi kezelését.

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

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

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

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

V. Fejezet

AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS PÉNZBELI ELLÁTÁSAI

Általános rendelkezések

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

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

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

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

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

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

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

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

Terhességi-gyermekágyi segély

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vhr. 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) 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 munkanélküli ellátás folyósításának szünetelése alatt, vagy az ellátás megszűnését követő 42 napon belül szül, és tényleges jövedelemmel nem rendelkezik, a terhességi-gyermekágyi segély, illetőleg a gyermekgondozási díj összegét a 42. § (3) bekezdése szerint kell megállapítani, azonban az ellátás alapja nem haladhatja meg a munkanélküli ellátás alapját képező átlagkereset harmincad részét.

Gyermekgondozási díj

Ebtv. 42/A. § (1) Gyermekgondozási díjra jogosult

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

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

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

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

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

c) a gyámot.

(3)

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

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

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

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

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

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

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

c) a jogosult egyéb rendszeres pénzellátásban részesül [1993. évi III. törvény 4. § (1) bek. i) pont];

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vhr. 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.

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

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

Táppénz

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

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

(3) Ha a biztosított táppénzre jogosultsága a megszűnt biztosítása és a keresőképtelenség bekövetkezésekor fennálló újabb biztosítása alapján is megállapítható, táppénzre csak az újabb biztosítása alapján jogosult. Ezt a rendelkezést kell alkalmazni az egyidejűleg fennálló több jogviszonyból származó jogosultságra is.

Ebtv. 44. § Keresőképtelen,

a) aki betegsége miatt munkáját nem tudja ellátni;

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

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

d)

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

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

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

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

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

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

(4) Kivételesen indokolt esetben - a (3) bekezdésben foglaltaktól eltérően - a külön jogszabály szerinti Főorvosi Bizottság a keresőképtelenséget a vizsgálatra jelentkezés időpontjától legfeljebb hat hónappal visszamenőleg is igazolhatja.

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

a) a biztosítási jogviszony fennállásának időtartama alatt egy éven át, a biztosítási jogviszony megszűnését követően 90 napon át;

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

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

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

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

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

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

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

a) tizenkilenc éves kora előtt válik keresőképtelenné, vagy

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

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

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

a) egyévesnél fiatalabb gyermek szoptatása,

b) beteg gyermek ápolása,

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

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

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

(2) Nem jár táppénz

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

b) a keresőképtelenségnek arra a tartamára, amelyre a biztosított a teljes keresetét megkapja, illetve, ha a keresetét részben kapja meg, a részben megkapott kereset után,
c) a gyermekgondozási segély folyósításának az idejére, ide nem értve a segély mellett végzett munka alapján járó táppénzt,

d) az előzetes letartóztatás és a szabadságvesztés tartamára,

e) a saját jogú nyugdíj folyósításának időtartamára.

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

Ebtv. 48. § (1)

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

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

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

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

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

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

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

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

(8) A táppénz összege folyamatos, legalább kétévi biztosítási idő esetében a figyelembe vehető jövedelem naptári napi átlagának hetven százaléka, ennél rövidebb biztosítási idő esetében vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás tartama alatt hatvan százaléka.

Ebtv. 48/A. § (1) Amennyiben a biztosítási jogviszonya megszűnését követően táppénzre jogosult egészségi állapota alapján várható, hogy a 46. § (1) bekezdésének a) pontjában meghatározott idő elteltével a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvénynek (a továbbiakban: Tny.) 23. §-a szerinti nyugellátásra válik jogosulttá, a keresőképeségét elbíráló orvos a táppénzre való jogosultság lejárta előtt legalább 30 nappal kezdeményezi a munkaképesség-csökkenés mértékének külön jogszabály szerint történő megállapítását.

(2) A Tny. 72. §-a szerinti orvos szakértői szervek az (1) bekezdés szerinti esetben 15 napon belül döntenek a munkaképesség-csökkenés mértékéről.

Táppénzre való jogosultság

Vhr. 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 az OOSZI 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.

Vhr. 27/A. § (1) A táppénz összegének a megállapításánál az irányadó időszakban megszűnt biztosításból származó jövedelmet akkor lehet figyelembe venni, ha azt rendszeres jövedelemként a számítási időszakra [Ebtv. 48. § (2)-(3) bekezdés], 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 a folyósítás időtartamának és a táppénz mértékének megállapításánál az adott jogviszonyon alapuló biztosítási időt figyelembe kell venni.

(3) Ha az irányadó időszakban a biztosítottnak a jogosultságot megalapozó jogviszonyában azért nincs 180 napi jövedelme, mert a Tbj. 32. §-a az egyidejűleg fennálló másik jogviszonyára vonatkozóan írja elő az 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.

Vhr. 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 egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettség nélkül fennálló jogviszonynak azt a korábbi időtartamát, amely alatt a biztosított egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett volt.

Vhr. 29. § (1) Annak a biztosítottnak, akinek biztosítási ideje a végkielégítés miatt hosszabbodott meg, táppénz csak a meghosszabbított idő lejártát követő naptól jár.

(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)

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

Vhr. 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 4%-os 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. §-a (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.

(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.

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

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

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

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

Méltányosságból igénybe vehető pénzbeli ellátások

Ebtv. 50. § (1) Az OEP - az E. Alap éves költségvetésében meghatározott keretek között - méltányosságból akkor engedélyezheti a terhességi-gyermekágyi segélynek, a gyermekgondozási díjnak és a táppénznek a biztosított részére történő folyósítását, ha a biztosított az ahhoz szükséges biztosítási idővel nem rendelkezik. Az OEP a biztosítási jogviszony megszűnését követő 90 napon át járó táppénz folyósítását legfeljebb 90 nappal méltányosságból meghosszabbíthatja.

(2) Az OEP méltányosságból a biztosítottat indokolt esetben segélyben részesítheti.

Méltányosságból engedélyezhető pénzbeli ellátások

Vhr. 31/A. § Méltányossági jogkörben kizárólag a Tbj. 5. §-a szerint biztosítottak minősülő személy részére engedélyezhető terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj, valamint táppénz, ha a biztosított az ellátásra való jogosultsághoz szükséges biztosítási idővel nem rendelkezik, és körülményei, jövedelmi viszonyai a megállapítást indokolják. A felsorolt ellátások megállapítására méltányosságból egyéb esetben nincs lehetőség.

Vhr. 31/B. § (1) Az Ebtv. 44. §-ának a), b), f) és g) pontjában meghatározott táppénz méltányosságból - ideértve a biztosítási jogviszony megszűnését követő keresőképtelenség esetét is - a keresőképtelenség időtartamára, legfeljebb azonban az igényjogosultság megszűnését követő hat hónapra engedélyezhető.

(2) A táppénz folyósításának időtartama azonban 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.

Vhr. 31/C. § (1) Az Ebtv. 44. §-ának c) pontjában meghatározott keresőképtelenség esetén a táppénz méltányosságból legfeljebb a gyermek egyéves koráig engedélyezhető.

(2) Az Ebtv. 44. §-ának e) pontjában meghatározott keresőképtelenség esetén a táppénz méltányosságból engedélyezhető az Ebtv. 46. §-a (1) bekezdésének b)-e) pontja szerinti időtartamra.

Vhr. 31/D. § (1) A biztosított a méltányossági kérelmet a foglalkoztatójának székhelye szerint illetékes MEP-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 MEP a hiányosan benyújtott kérelem esetén a 37. § (4) bekezdésében foglaltak megfelelő alkalmazásával jár el.

(4) A pénzbeli 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 méltánylást 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 meghosszabbítása a MEP ellenőrző főorvosának javaslatára engedélyezhető.

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

Vhr. 31/E. § Az Ebtv. 50. §-ának (1) bekezdése alapján méltányosságból engedélyezett pénzellátás összegének megállapítása és folyósítása az illetékes MEP 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

Vhr. 31/F. § (1) Az Ebtv. 50. §-a (2) bekezdésének alkalmazásánál biztosítottak 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

b) a kérelmében előadottak az egészségbiztosítás által nyújtott ellátással vannak

összefüggésben, és

c) a kérelme a 11/B-11/E. §-ok alapján nem bírálható el, vagy

d) a táppénz, terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj folyósítása az Ebtv. 50. §-ának (1) bekezdése alapján méltányosságból nem engedélyezhető.

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

Vhr. 31/G. § (1) A 31/F. § szerinti segélykérelmet a biztosított a lakóhelye szerint illetékes MEP-nél nyújthatja be. A kérelemnek tartalmaznia kell a biztosított személyes adatait és a 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) A hiányosan benyújtott kérelem esetén a MEP a 31/D. § (3) bekezdésében foglaltak szerint jár el.

(3) A segélyezési eljárás során, a körülmények tisztázása érdekében a biztosított lakóhelye szerint illetékes MEP környezettanulmányt végezhet.

VI. Fejezet

BALESETI ELLÁTÁS

Üzemi baleset és foglalkozási megbetegedés

Ebtv. 51. § (1) Baleseti ellátás üzemi baleset vagy foglalkozási betegség esetén jár.

(2) Baleseti ellátásként a sérültet baleseti egészségügyi szolgáltatás, baleseti táppénz és baleseti járadék illeti meg.

Ebtv. 52. § (1) Üzemi baleset az a baleset, amely a biztosítottat a foglalkozása körében végzett munka közben vagy azzal összefüggésben, illetőleg munkába vagy onnan lakására (szállására) menet közben éri. Üzemi baleset az is, amely a biztosítottat közcélú munka végzése vagy egyes társadalombiztosítási ellátások igénybevétele során éri.

(2) A társadalombiztosítási ellátás igénybevétele során bekövetkezett balesetek közül üzeminek az számít, amely a biztosítottat keresőképtelenségének vagy rokkantságának (munkaképesség-változásának) az elbírálása céljából elrendelt, illetőleg a keresőképessé váláshoz szükséges egyéb orvosi vizsgálaton vagy kezelésen történt megjelenésével összefüggésben érte.

(3) Foglalkozási betegség az a betegség, amely a biztosított foglalkozásának a különös veszélye folytán keletkezett. A baleseti ellátásra jogot adó foglalkozási betegségek körét a Kormány rendeletben állapítja meg.

(4) Ha e törvény eltérően nem rendelkezik, üzemi baleseten a foglalkozási betegséget, üzemi baleseti sérültön a foglalkozási betegségben megbetegedettet is érteni kell.

Ebtv. 53. § (1) Nem üzemi baleset az a baleset, amely

a) kizárólag a sérült ittassága miatt, vagy

b) munkahelyi feladatokhoz nem tartozó, engedély nélkül végzett munka, engedély nélküli járműhasználat, munkahelyi rendbontás során, vagy

c) a lakásról (szállásról) munkába, illetőleg a munkából lakásra (szállásra) menet közben, indokolatlanul nem a legrövidebb útvonalon közlekedve, vagy az utazás indokolatlan megszakítása során történt.

(2) Az, aki sérülését szándékosan okozta, vagy az orvosi segítség igénybevitelével, illetőleg a baleset bejelentésével szándékosan késlekedett, az egészségbiztosítás baleseti ellátásaira nem jogosult.

Baleseti egészségügyi szolgáltatás

Ebtv. 54. § (1) Az üzemi balesetből vagy foglalkozási megbetegedésből (a továbbiakban együtt: üzemi baleset) eredő egészségkárosodás miatt igénybe vett gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és ellátás árához - amennyiben a támogatás mértéke a nulla százalékot meghaladja - százsázalékos mértékű támogatás jár.

(2) Az (1) bekezdés szerinti támogatás összege azonos a támogatással rendelhető gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és ellátás - az igénybevitelkor érvényes, külön jogszabály szerint a támogatás alapjául elfogadott - árával.

(3) A biztosított térítésmentesen jogosult az üzemi balesetével közvetlenül összefüggő, a 23. § b)-c) pontjában meghatározott fogászati ellátásra.

Baleseti táppénz

Ebtv. 55. § (1) Baleseti táppénz annak jár, aki a biztosítás fennállása alatt, vagy a biztosítás megszűnését követő legkésőbb harmadik napon üzemi baleset következtében keresőképtelenné válik.

(2) Keresőképtelen az, aki az üzemi balesettel összefüggő és gyógykezelést igénylő egészségi állapota miatt vagy gyógyászati segédeszköz hiányában munkát végezni nem tud.

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

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

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

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

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

(8) Az egyéni és a társas vállalkozó baleseti táppénzének alapját a táppénzre vonatkozó rendelkezések szerint kell megállapítani. A baleseti táppénz mértéke az alapját képező jövedelem 100 százaléka.

(9) Ha a biztosított a (7) bekezdésben említett időtartam alatt - jövedelem hiányában - pénzbeli egészségbiztosítási járulékot nem fizetett, a baleseti táppénz összege azonos a szerződés szerinti jövedelmének naptári napi összegével.

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

(2) Pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére nem kötelezett biztosított, illetőleg baleseti ellátásra jogosult baleseti táppénzét az 55. § (7)-(8) bekezdése szerint kell megállapítani azzal az eltéréssel, hogy jövedelemként azt az összeget kell figyelembe venni, amely után a foglalkoztató, az egyéni vállalkozó, a társas vállalkozás pénzbeli egészségbiztosítási járulékot vagy egészségügyi szolgáltatási járulékot fizetett.

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

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

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

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

Baleseti ellátásra való jogosultság

Vhr. 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) A baleseti ellátásra jogot adó foglalkozási betegségek jegyzékét az *1. számú melléklet* tartalmazza.

Vhr. 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) A baleseti táppénz összegének kiszámításánál 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 és a jubileumi jutalom, a végkielégítés, valamint a bármilyen jogcímen adott segély.

(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 naptári napi jövedelmet a 31. § (5)-(6) bekezdésének alkalmazásával kell kiszámítani.

Baleseti járadék

Ebtv. 57. § (1) Baleseti járadékra az jogosult, akinek a munkaképessége üzemi baleset következtében tizenöt százalékot meghaladó mértékben csökkent, de baleseti rokkantsági nyugdíj nem illeti meg.

(2) Ha a munkaképesség-csökkenés mértéke a huszonöt százalékot nem haladja meg, a baleseti járadék legfeljebb két éven át, ha meghaladja, e munkaképesség-csökkenés tartamára időbeli korlátozás nélkül jár.

(3) A (2) bekezdéstől eltérően a szilikózisból és azbesztózisból eredő és huszonöt százalékot meg nem haladó munkaképesség-csökkenés fennállása alatt a baleseti járadék időbeli korlátozás nélkül jár.

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

Ebtv. 58. § (1) A baleseti járadék mértéke az üzemi baleset okozta munkaképesség-csökkenés fokától függ. A munkaképesség-csökkenés fokának megfelelően

a) az 1. baleseti fokozatba tartozik az, akinek a munkaképesség-csökkenése 16-25 százalék,

b) a 2. baleseti fokozatba tartozik az, akinek a munkaképesség-csökkenése 26-35 százalék,

c) a 3. baleseti fokozatba tartozik az, akinek a munkaképesség-csökkenése 36-49 százalék,

d) a 4. baleseti fokozatba tartozik az, akinek a munkaképesség-csökkenése 50-66 százalék.

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

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

(2) A foglalkozási betegség alapján járó baleseti járadékot a foglalkozási betegség veszélyének kitétt munkakörben (munkahelyen) elért utolsó egyévi kereset havi átlaga alapján kell megállapítani. Ha az igénylő a baleseti járadék megállapítását megelőző öt éven

belül ilyen munkakörben (munkahelyen) egy évnél rövidebb időn át dolgozott, e rövidebb időre kapott kereset havi átlagát kell alapul venni.

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

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

(5) A havi átlagkereset megállapításánál

a) a nyugdíjjárulék alapját képező keresetet kell figyelembe venni,

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

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

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

(2) A baleseti járadékra jogosultság megszűnik, ha a munkaképesség-csökkenés a tizenöt százalékot már nem haladja meg. Ha a munkaképesség-csökkenés a tizenöt százalékot újból meghaladja, a baleseti járadékra jogosultság feléled.

(3) Az 1. fokozatú baleseti járadék két éven át történt folyósítása után a járadékra jogosultság akkor éled fel, ha a munkaképesség-csökkenés utóbb három hónapon át a huszonöt százalékot meghaladja. Ha a munkaképesség-csökkenés ismét huszonhat százalék alá száll, a tizenöt százalékot azonban meghaladja, a baleseti járadék ennek az állapotnak a tartamára - legfeljebb két éven át - újból jár.

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

Baleseti járadékra való jog állapotváltozás, illetőleg újabb üzemi baleset esetén

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

Vhr. 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 - az igénylő kérelmére - az öregségi, illetőleg a rokkantsági nyugdíj alapját képező kereset alapján kell megállapítani.

Vhr. 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)

Vhr. 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 eltéréseinek 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 (újbbóli megállapítása) esetén a korábban megállapított baleseti járadék megszűnésének időpontjától esedékes emelésekkel, kiegészítésekkel növelten kell az összeget meghatározni.

Vhr. 36/B. § Ha az igénylő 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 az igénylőnek 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.

VII. Fejezet

A PÉNZBELI ELLÁTÁSOKKAL KAPCSOLATOS IGÉNY ÉRVÉNYESÍTÉSE

Általános rendelkezések

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

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

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

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

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

(6) Az igényelbíráló szerv az igénylőt személyes megjelenésre is felhívhatja meghallgatás, orvosi felülvizsgálat, kórházi megfigyelés stb. céljából. Ha az ellátásban részesülő az orvosi vizsgálaton vagy a kórházban a jogkövetkezményekről való tájékoztatást tartalmazó ismételt felhívásra sem jelenik meg, vagy az orvosi felülvizsgálatnak, kórházi megfigyelésnek elfogadható indok nélkül nem veti magát alá és emiatt az igényt elbírálni nem lehet, az eljárást meg kell szüntetni. A megszüntetés utáni jelentkezést - ha az igénylő a mulasztást elfogadhatóan nem igazolja - új igénybejelentésnek kell tekinteni.

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

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

(9) Az egészségbiztosítási ellátások iránti igények érvényesítésével kapcsolatos valamennyi eljárás illeték- és költségmentes.

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

Betegség és anyaság esetére járó pénzbeli ellátások iránti igény

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

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

a) a kifizetőhellyel rendelkező munkáltató esetében a kifizetőhely,

b) ha az igény elbírálására a Magyar Államkincstár Területi Igazgatósága (a továbbiakban: Igazgatóság) az illetékes, akkor az Igazgatóság,

c) egyéb esetben a foglalkoztató székhelye, telephelye szerint illetékes egészségbiztosítási pénztár bírálja el és folyósítja.

(3) Ha a biztosított munkáltatója jogutód nélkül megszűnt, az igényt a lakóhely szerint illetékes egészségbiztosítási pénztárnál kell bejelenteni.

(4) Az igény elbírálásánál az igény teljesítése esetén nem kell határozatot hozni.

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

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

Ebtv. 63. § (1) Annak, aki egyidejűleg több biztosítással járó jogviszonyban kötelezett egészségbiztosítási járulék fizetésére, a táppénz, illetőleg a terhességi-gyermekágyi segély vagy a gyermekgondozási díj iránti igényét annak a munkáltatónak kell elbírálni és az ellátást folyósítani, amelyiknél társadalombiztosítási kifizetőhely működik. Több - társadalombiztosítási kifizetőhellyel rendelkező - munkáltató által történő egyidejű foglalkoztatás esetén az elbírálás és a folyósítás az egészségügyi hozzájárulást fizető munkáltatónál történik. Ennek hiányában a Tbj. 5. §-ának (1) bekezdésében említett jogviszonyt létesítő munkáltató székhelye szerint illetékes MEP-nél kell az igényt elbírálni. Az igény elbírálásához a különböző munkáltatók által kiállított munkáltatói igazolást be kell nyújtani.

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

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

Baleseti ellátások iránti igény

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

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

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

(4)

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

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

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

(3) A baleseti táppénz iránti igény bejelentésére, elbírálására és folyósítására a táppénzre vonatkozó rendelkezéseket kell megfelelően alkalmazni azzal, hogy a baleseti táppénz meghosszabbítása az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézetének (a továbbiakban: OOSZI) hatáskörébe tartozik.

(4) A baleseti járadék iránti igényt az igénylő lakóhelye szerint illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál - vasutas dolgozók esetében a MÁV Rt. Nyugdíjigazgatóságánál - kell bejelenteni.

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

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

Az igény érvényesítése

Vhr. 37. § (1) Ha a foglalkoztatónál társadalombiztosítási kifizetőhely (a továbbiakban: kifizetőhely) nincs, a foglalkoztató a terhességi-gyermekágyi segélyre, a gyedre, a táppénzre, a baleseti táppénzre vonatkozó igény elbírálásához „Foglalkoztatói igazolás”-t állít ki, és azt a biztosított által benyújtott igazolásokkal - gyermekgondozási díj iránti igény esetén az

igénybejelentéssel - együtt három munkanapon belül a székhelye (telephelye) szerint illetékes MEP-nek megküldi. A munkáltató a foglalkoztatói igazolásokat két példányban köteles kiállítani, és annak egy példányát öt évig megőrizni.

(2) Az egyéni vállalkozó pénzbeli ellátásra, valamint baleseti táppénzre vonatkozó igényét írásban - az előírt nyomtatványon - jelenti be a telephelye szerint illetékes MEP-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 az írásbeli igényvel 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 MEP a pénzellátás iránti igény elbírálása előtt, a biztosítottat hiánypótlásra felszólítja nyolcnapos határidő megjelölésével. A határidő lejártát követően a MEP az igényt az igazolt biztosítási idő és a rendelkezésre álló jövedelemadatok alapján bírálja el.

Vhr. 37/A. § (1) A 4 százalékos mértékű egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettséggel járó jogviszony megszűnésekor a foglalkoztató a „Jövedelemigazolás az egészségbiztosítási ellátás megállapításához” elnevezésű nyomtatványon (a továbbiakban: Jövedelemigazolás) köteles igazolni a jogviszony megszűnését megelőző naptári év első napjától a jogviszony megszűnésének napjáig a biztosított egészségbiztosítási járulékalapot képező jövedelmét és azon időtartamok felsorolását, melyre a biztosítottnak jövedelme nem volt. A jövedelemigazolásra külön kell felvezetni az irányadó időszakban kifizetett nem rendszeres jövedelem összegét, jogcímét, megjelölve a kifizetésre való jogosultság időtartamát, valamint a kifizetés időpontját. A jövedelemigazolást két példányban kell kiállítani, és az eredeti példányt a jogviszony megszűnésének napján a biztosított részére át kell adni, és az átadást az Igazolványra fel kell jegyezni.

(2) Pénzellátási igény 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 MEP-hez is benyújthatja.

Vhr. 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 igényt nyújt be, a korábban átvett Igazolványt le kell adni a folyósító szervnek. 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 szerezzé 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) Pénzellátási igényhez benyújtott Igazolványt - az igény elbírálását követően - a foglalkoztatóhoz, a Jövedelemigazolást pedig a biztosítotthoz bizonyíthatóan vissza kell juttatni. A kifizetőhellyel nem rendelkező foglalkoztató a pénzellátási igényhez az Igazolványt abban az esetben nyújtja be, ha a biztosított e foglalkoztatónál első alkalommal igényel pénzellátást, és a kétévi folyamatos biztosítási időn belül más foglalkoztatója is volt.

Vhr. 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 előírt nyomtatványon - elszámolást nyújt be az illetékes MEP-hez. Az elszámoláson kell feltüntetni a táppénz-hozzájárulás összegét is. A MEP 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 munkabérral együtt már megtörtént.

(3) Ha a kifizetőhely elszámolása nem felel meg az (1) bekezdésben foglaltaknak, a MEP azonnal megvizsgálja a bejelentett adatokat. A MEP a vizsgálat befejezését követően hozott határozat alapján intézkedik a megállapított összeg utalására. Az elszámolás adatait a MEP 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.

Vhr. 39. § (1) A kifizetőhellyel nem rendelkező foglalkoztató által megküldött pénzbeli ellátás iránti igényekről a beérkezést követő harminc napon belül az illetékes MEP dönt, és gondoskodik az ellátás folyósításáról. A határidőt a MEP igazgatója indokolt esetben egy ízben legfeljebb tizenöt nappal meghosszabbíthatja, és erről az igénylőt értesíti.

(2) Az igény elbírálása előtt a MEP a nyilvántartás adataival egyeztetni a „Foglalkoztatói igazolás” adatait. A nyilvántartástól való eltérés és a hiányos adatközlés esetén a MEP a foglalkoztatót adatpótlásra és adategyeztetésre hívja fel. Az adatpótlás és az adategyeztetés után a MEP az igényt elbírálja és az ellátást folyósítja. Ha az ellátás nem, vagy nem az igény szerint teljesíthető, a MEP az Ebtv. 61. §-ának (4) bekezdése szerint határozatot hoz.

(3)

Vhr. 39/A. § A gyermekgondozási díjra vonatkozó igény elbírálásához a díjra jogosító gyermek születési anyakönyvi kivonatát be kell mutatni az igényelbíráló szervnél, ahol az anyakönyvi kivonat hátoldalára a gyermekgondozási díj igénylésének tényét rávezetik.

Vhr. 40. § (1) A társadalombiztosítási kifizetőhellyel rendelkező foglalkoztató - ideértve az Igazgatóságot is - 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 MEP helyszíni vizsgálat során ellenőrzi.

Vhr. 41. § (1) A táppénzigény előterjesztésekor a keresőképtelenséget külön jogszabály rendelkezései szerint kiállított orvosi igazolással, a kórházi (klinikai) ápolást a kórház (klinika) által kiállított igazolással, a terhességi-gyermekágyi segélyre jogosultságot a terhesállományba vételt igazoló orvosi igazolással és terhesgondozási könyvvel, a szülést pedig kórházi igazolással kell igazolni. Ha a szülő nőt terhesállományba nem vették, úgy a jogosultságot terhesgondozási könyvvel, ha a szülés nem kórházban történt a gyermek születését anyakönyvi kivonattal kell igazolni.

(2)

(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, illetőleg foglalkozástól 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 szerv által kiállított igazolással kell bizonyítani.

Vhr. 41/A. § A gyermekgondozási díjat írásban - „Igénybejelentés gyermekgondozási díjhoz” elnevezésű nyomtatványon - kell igényelni. 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.

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

(2) Ha a biztosított részére a táppénzt a MEP folyósítja és a biztosítási jogviszony a táppénz folyósításának időtartama alatt megszűnik, a foglalkoztató köteles haladéktalanul értesíteni a MEP-et a biztosítási jogviszony megszűnésének időpontjáról.

(3) A baleseti járadékkal és a rokkantsági nyugellátásokkal, baleseti rokkantsági nyugellátásokkal kapcsolatban a munkaképesség-változás mértékét, illetőleg a rokkantság fokát az OOSZI orvosi bizottságai véleményezik.

(4) Az OOSZI orvosi bizottsága a szakvéleményéről tájékoztatja az orvost, a vizsgálat lefolytatásáról pedig a táppénzfolyósító szervet.

(5) Ha a társadalombiztosítási határozat 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 igénybejelentés alapján megismételt eljárásban az OOSZI illetékes orvosi bizottságának véleményét már nem kell beszerezni.

Vhr. 42/A. § A gyermekgondozási díjban részesülő személy a díjat folyósító szervhez köteles 5 napon belül bejelenteni, ha az Eb. tv. 42/C. §-ban felsorolt körülmények bekövetkeznek.

Vhr. 43. § (1) A biztosított üzemi balesetnek minősülő munkabalesetről 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) Az üzemi balesetet, illetőleg a foglalkozási megbetegedést - az (1)-(3) bekezdésben szereplő jegyzőkönyvek, illetőleg értesítés megküldésével, a munkabalesetek bejelentésére vonatkozó szabályok szerint kell a MEP-nek bejelenteni.

Vhr. 43/A. § (1) A Magyar Köztársasággal szociális biztonsági egyezményt kötött országok azon állampolgárai, akik a Magyar Köztársaság területén biztosítási jogviszonyban állnak, korábban a hazánk területén kívül elszervedett üzemi balesetükre tekintettel a baleseti táppénz iránti igényt kizárólag a FPEP-nél nyújthatják be.

(2) Az igény bejelentésekor az orvosi igazolással együtt be kell nyújtani az üzemi baleset elismerésére vonatkozó bizonyítékoknak a [üzemi balesetet elismerő határozat, illetőleg az illetékes társadalombiztosítási (baleset-biztosítási) szerv igazolása] magyar nyelvű fordítását.

Vhr. 44. § (1) Az egyéni vállalkozó bejelentése alapján a vállalkozás telephelye (ennek hiányában lakóhelye) szerint illetékes MEP az egyéni vállalkozó által elszervedett üzemi balesetet kivizsgálja, és felveszi az üzemi baleseti jegyzőkönyvet.

(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.

Vhr. 45. § (1) A bejelentett üzemi baleset vagy foglalkozási betegség tényét a táppénz folyósítására illetékes szervnek határozattal kell elbírálni, abban az esetben is, ha a biztosított a balesetből eredően nem vált keresőképtelenné. A határozatnak tartalmaznia kell a baleseti sérülés (foglalkozási betegség) pontos leírását. Halált okozó üzemi baleset (foglalkozási betegség) esetén az üzemi baleset tényéről az illetékes MEP hoz határozatot.

(2) Ha az (1) bekezdésben előírt határozatot a társadalombiztosítási kifizetőhely hozta, a határozat egy példányát a jogerőre emelkedését követő hónap 10. napjáig a munkabaleseti és üzemi baleseti jegyzőkönyvvel, illetőleg értesítéssel együtt az illetékes MEP-nek meg kell küldeni.

(3) Az (1) bekezdésben előírt határozat egy példányát a biztosítottnak át kell adni, aki azt 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 határozat bemutatásáig a társadalombiztosítási támogatással rendelt gyógyszerhez, gyógyászati segédeszközökhöz, illetőleg az Ebtv. 23. §-ának b)-c) pontja szerint részleges térítés mellett igénybe vett fogászati ellátáshoz a térítési díj a biztosítottat terheli. A határozat bemutatását

követően a biztosított kérelmére az illetékes MEP a térítési díjat soron kívül visszafizeti. A kérelemhez csatolni kell a kezelőorvos igazolását az üzemi balesettel összefüggésben rendelt ellátásokról, és a gyógyszerár vagy gyógyászati segédeszköz kiszolgáltató igazolását a térítési díj összegéről.

(6) Baleseti járadék vagy baleseti nyugellátás megállapítása érdekében a nyugdíjbiztosítási igazgatóság megkeresésére az illetékes MEP az (1) bekezdésben említett határozatról másolatot készít, és azt 8 napon belül átadja a megkeresőnek.

Vhr. 46. § A baleseti táppénz folyósítása egy éven túl az OOSZI I. fokú orvosi bizottsága véleménye alapján hosszabbítható meg.

Vhr. 47. § (1) A táppénzben részesülő biztosítottak 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 az illetékes MEP-nek küldi meg, a baleset miatt folyósított táppénzre vonatkozó adatok közlésével együtt.

Vhr. 48. § A Munka Törvénykönyvének 193/C. §-a a) pontjában meghatározott munkavállaló a pénzbeli ellátásokkal kapcsolatos igényét 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.

VIII. Fejezet

FELELŐSSÉGI SZABÁLYOK

Visszafizetési és megtérítési kötelezettség

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(3) A 67-68. §-ok alapján megtérítésre kötelezettet a megtérítésre előírt összeg után a Ptk.-ban meghatározott kamatfizetési kötelezettség terheli.

(4) Az ügyben eljáró egészségbiztosítási szerv jogosult a 67-68. §-ok szerinti megtérítési igényt megalapozó eseménnyel kapcsolatban a más hatóságnál, illetve egyéb szervnél indult eljárás során hozott, a megtérítési igény elbírálásához szükséges döntés megismerésére. Biztosítani kell az ügyben eljáró egészségbiztosítási szerv részére, hogy a döntés alapjául szolgáló iratokba betekinthesse és arról másolatot készíthesse. Az eljáró egészségbiztosítási szerv megkeresésére a kért iratok másolatát az érintett szerv 30 napon belül megküldi a megkereső részére.

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

Vhr. 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 MEP 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. 67-68. §-án alapuló megtérítési kötelezettség érvényesítése tárgyában indult eljárásban az érdemi határozatot az ügyfélnek az eljárás megindulásáról való értesítésétől számított 90 napon belül kell meghozni.

Vhr. 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, az egészségbiztosítási igazgatási szerv a különbözetet fizetésre kötelező határozatban állapítja meg. A jogtalanul elszámolt összeg után a munkáltatót az adózás rendjéről szóló 1990. évi XCI. törvény rendelkezéseinek megfelelő késedelmi pótlék fizetésének kötelezettsége is terheli.

Az ellátások késedelmes kifizetése

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

A követelés érvényesítése

Ebtv. 70. § (1) Az egészségbiztosítási igazgatási szerv a követelését
a) a 66. § szerinti visszafizetésre kötelező határozattal, illetőleg megtérítésre kötelező fizetési meghagyással,

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

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

érvényesíti. A jogerőre emelkedett határozat, illetőleg fizetési meghagyás végrehajtható közigazgatási határozat.

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

(3) A jogalap nélkül felvett pénzbeli ellátás és baleseti táppénz visszafizetésére kötelező határozatot az a szerv hozza, amely az ellátást folyósította. A 66. §-on alapuló megtérítésre kötelező fizetési meghagyást a foglalkoztató vagy egyéb szerv székhelye (telephelye) szerint illetékes MEP, illetőleg a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság hozza. Ez utóbb említett igazgatási szerv illetékes a visszafizetésre kötelező határozat kiadására is, ha a visszafizetési kötelezettség mellett a foglalkoztató vagy egyéb szerv (személy) megtérítési kötelezettsége is megállapítható.

(4) A 67. §-on alapuló, fizetési meghagyást a foglalkoztató székhelye szerint illetékes MEP, illetőleg a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság hozza.

(5) A 68. §-on alapuló fizetési meghagyást és a 68/B. §-on alapuló határozatot az ellátásban részesült személy lakóhelye szerint illetékes MEP hozza.

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

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

(3) Ha a fizetésre kötelezett foglalkoztató, egyéb szerv és személy a fizetésre kötelező határozat, illetve fizetési meghagyás jogerőre emelkedésétől számított tizenöt napon belül fizetési kötelezettségét nem teljesíti és a fizetési meghagyást kibocsátó egészségbiztosítási igazgatási szerv által a kötelezett bankszámlája ellen benyújtott azonnali beszedési megbízás eredménytelen, az egészségbiztosítási szerv megkeresi a járulékok behajtására jogosult szervet, hogy a követelést a járuléktartozás végrehajtására vonatkozó szabályok

szerint hajtsa be. A járuléktartozás végrehajtására vonatkozó szabályok szerinti eljárás lefolytatását kezdeményezi a visszafizetésre kötelező határozatot kibocsátó szerv, ha a (2) bekezdés szerinti eljárás nem vezet eredményre.

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

Mérséklés, elengedés

Ebtv. 72. § A magánszeméllyel szemben jogalap nélkül felvett, illetőleg igénybe vett ellátás visszatérítése, illetőleg megtérítése címen fennálló követelést az illetékes MEP - vasutas dolgozó esetén a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság - vezetője méltányos esetben mérsékelheti vagy elengedheti. A MEP vezetője méltányos esetben a kirótt kamatot, illetve mulasztási bírságot is mérsékelheti vagy elengedheti.

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

IX. Fejezet

JOGORVOSLAT

Visszavonás, módosítás

Ebtv. 74. § Ha az igény elbírálása, illetőleg követelés érvényesítése után megállapítást nyer, hogy a bíróság által el nem bírált határozat (fizetési meghagyás) jogszabályt sért, vagy az igényt tévesen utasították el, illetve az ellátás (követelés) összegét tévesen állapították meg, az ellátást tévesen folyósították, a határozatot hozó szerv a határozat (fizetési meghagyás) közlésétől számított öt éven belül a határozatot (fizetési meghagyást) módosítja, illetőleg visszavonja.

Fellebbezés

Ebtv. 75. § (1) A kifizetőhelynek, továbbá az igazgatóságnak a betegségi és anyasági ellátással, valamint a baleseti táppénzzel kapcsolatban tett intézkedése, illetőleg hozott határozata ellen a munkáltató székhelye (telephelye) szerint illetékes MEP-hez lehet fellebbezni.

(2)

(3) Ha első fokon a MEP szakigazgatási egysége, illetőleg a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság erre illetékes egysége intézkedett, vagy hozott határozatot, a fellebbezést a MEP vezetője, illetőleg a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság vezetője bírálja el.

Határozat bírósági felülvizsgálata

Ebtv. 76. § (1) A jogszabálysértő érdemi másodfokú határozat bírósági felülvizsgálatát kérheti - a határozat kézbesítését követő harminc napon belül - az, akinek jogosultságát vagy kötelezettségét a határozat érinti. Ha az első fokú határozatot a kifizetőhely vagy az igazgatóság hozta, a keresetet a munkáltató székhelye (telephelye) szerint illetékes egészségbiztosítási pénztár, MEP ellen, a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság esetében a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság ellen kell benyújtani.

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

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

Ebtv. 77. § (1) A biztosított keresőképesse nyilvánítása miatt panasszal fordulhat a külön jogszabályba foglalt orvosi bizottsághoz. E bizottság döntése ellen jogorvoslatnak helye nincs.

(2)

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

X. Fejezet

NYILVÁNTARTÁSI ÉS ADATSZOLGÁLTATÁSI KÖTELEZETTSÉG

Ebtv. 79. § (1) Az OEP és igazgatási szervei - ideértve a társadalombiztosítási feladatokat külön jogszabály vagy megállapodás alapján ellátó munkáltatókat és egyéb szerveket - természetes személyről adatokat az egészségbiztosítási ellátások, illetőleg a társadalombiztosítás szerveinek hatáskörébe utalt más ellátások megállapítása, folyósítása és ellenőrzése céljából TAJ-számon, társadalombiztosítási folyószámlaszámon, illetőleg nyugdíjfolyósítási törzsszámon tarthatnak nyilván.

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

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

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

c) lakóhely (tartózkodási hely),

d) foglalkozás, munkahely, munkakör, tevékenység,

e) az egészségbiztosítási ellátások megállapításához szükséges egészségügyi adatok,

f) jövedelemre vonatkozó adatok.

(3) Az egészségbiztosítás igazgatási szervei nem társadalombiztosítási szerv és természetes személy részére adatot csak törvény, illetve törvény felhatalmazása alapján - a felhasználás céljának és jogalapjának egyidejű megjelölésével - jogszabályban meghatározott módon szolgáltathatnak.

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

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

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

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

(4) Aki az e törvényben meghatározott bejelentési, nyilvántartási, adatszolgáltatási kötelezettségét nem, vagy késedelmesen teljesíti, illetőleg annak nem az előírt módon tesz eleget, 5 ezer forinttól 100 ezer forintig terjedő összegű mulasztási bírság fizetésére kötelezhető.

Ebtv. 81. § (1) Az egészségbiztosítás igazgatási szerveinek szak- és pénzügyi ellenőrzése kiterjed az egészségbiztosítás pénzbeli, illetőleg baleseti ellátásaival összefüggő nyilvántartási és adatszolgáltatási kötelezettség teljesítésére, a társadalombiztosítási szervek hatáskörébe tartozó ellátásoknak és szolgáltatásoknak a jogosultak részére történő

megállapítására, folyósítására, továbbá az ezekkel összefüggő ügyviteli feladatok ellátására. Az ehhez szükséges nyilvántartásokat, könyvelési és egyéb okmányokat, illetőleg adatokat rendelkezésre kell bocsátani.

(2)

XI. Fejezet

Átmeneti rendelkezések

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

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

Vhr. 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

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

(2) Felhatalmazást kap a Kormány

- a) a finanszírozási szerződések megkötése és az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása részletes szabályainak,
- b) a keresőképeség elbírálásával kapcsolatos eljárás rendjének,
- c) a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és a gyógyászati ellátások árához nyújtott támogatás, illetve a gyógyászati segédeszközök javítási és kölcsönzési díjához nyújtott támogatás formájának, alapjának, mértékének megállapítására vonatkozó hatásköri és eljárási szabályok,
- d) a külföldön történő gyógykezelés feltételeinek és elszámolási rendjének,
- e) a beutaló nélkül felkereshető szakellátások,
- f) a beutalásra jogosult orvosok körének,
- g) az utazási költségekhez nyújtott támogatás mértékének és módjának,
- h) gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás jogosulatlan rendelése esetén a támogatással történő rendelésre jogosító, illetőleg a támogatással történő kiszolgáltatásra, forgalmazásra, vagy a gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására jogosító szerződés felfüggesztését, illetve felmondását megalapozó értékhatár,
- i) a baleseti ellátásra jogosító foglalkozási betegségek, illetve a kizárólag baleseti egészségügyi szolgáltatás igénybevételeire jogosultságot megalapozó üzemi balesetek,
- j) a szolgálati viszonyban álló személyek, valamint egyes meghatározott tevékenységet végző személyek és a fogvatartottak egészségügyi szolgáltatás igénybevételeire vonatkozó szabályainak,
- k) a pénzbeli ellátások, továbbá a baleseti ellátások megállapítására - ideértve a munkaképesség-változás minősítésének eljárási szabályait is - és folyósítására vonatkozó részletes szabályok,
- l) a kifizetőhellyel nem rendelkező munkáltatóknak a táppénz igénybejelentésével kapcsolatos kötelezettségei, továbbá a kifizetőhelyeknek a terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj, a táppénz, a baleseti táppénz megállapítására, folyósítására és elszámolására vonatkozó feladatai,

- m)* a foglalkoztatóknak és egyéb szervezeteknek az egészségbiztosítási ellátások megállapításához szükséges nyilvántartási és adatszolgáltatási feladatainak,
- n)* az eltartott hozzátartozók jövedelemszámítási szabályainak,
- o)* a részleges térítési díjak megállapítási módszerének, az egyes díjtételek képzésénél számításba vehető költségelemeknek, valamint a díjak befizetésére és elszámolására vonatkozó szabályoknak,
- p)* a minőségi és hatékony gyógyszerrendelést ösztönző szabályok,
- q)* az irányított betegellátási rendszer keretében az ellátásszervező kiválasztására irányuló pályázat kiírására és elbírálására vonatkozó szabályok, az ellátásszervezővel szemben támasztott követelmények, az ellátásszervezési szerződés tartalmi elemeinek és mellékleteinek, az egészségügyi szolgáltatóknak az irányított betegellátási rendszerben történő részvétele szabályainak, a fejkvóta megállapításának, az elvi számla vezetésének és egyenlegszámítási módjának, a bevételi többlet kiutalására, felhasználására, ellenőrzésére és visszavonására vonatkozó szabályok, a pénzeszköz-áramlás szabályainak és ellenőrzése módjának, az ellátásszervező megszűnésére és az irányított betegellátási rendszerből való kilépésére alkalmazandó szabályok,
- r)* a méltányossági eljárások szabályainak,
- s)* a gyógyszerek árához nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatást nyújtók számára folyósítható előleg feltételeinek és folyósítása szabályainak,
- t)* az egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásra történő befogadása alapelvei és feltételrendszere,
- u)* a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére, illetőleg támogatással történő kiszolgáltatásra, forgalmazásra, egyedi méretvétel alapján történő gyártására és az ilyen eszköz javítására, valamint gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására jogosító szerződésekre vonatkozó szabályok,
- v)* a 37. § (1) bekezdése szerinti megtérítésre vonatkozó részletes szabályok,
- w)* az egészségügyi ellátás keretében társadalombiztosítási támogatással kiszolgáltatható gyógyászati segédeszközök körének és az ezek kiszolgáltatására jogosult egészségügyi szolgáltatók körének,
- x)* a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás árához nyújtott társadalombiztosítási támogatás elszámolására és folyósítására vonatkozó szabályok,
- z)* az Európai Egészségbiztosítási Kártya érvényességi idejének és kibocsátása szabályainak meghatározására.

(3) Felhatalmazást kap az egészségügyi miniszter, hogy a pénzügyminiszterrel egyetértésben rendeletben határozza meg

- a)* a támogatott gyógyászati segédeszközök és gyógyászati ellátások körét, az árukhoz nyújtott támogatás alapját és mértékét, továbbá a gyógyászati segédeszközök javítási díjához nyújtott támogatás alapját,
- b)* a társadalombiztosítási támogatással kölcsönözhető gyógyászati segédeszközök körét, valamint a kölcsönzési díjhoz nyújtott támogatás alapját és mértékét,
- c)* a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának és a támogatás mértéke megállapításának szempontrendszerét,
- d)*
- e)* a biztosítottnak a gyógyászati segédeszköz ára után járó támogatás betegségtől függő keretösszegben történő megállapítására vonatkozó szabályokat.

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

- a)* a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokat,
- b)* a szűrővizsgálatok igazolására vonatkozó rendelkezéseket,
- c)* az egyes főbb betegségcsoportok finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendje, valamint a gyógyszerterápiás ajánlások kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályait,
- d)* a meddőség kezelésére vonatkozó rendelkezéseket,
- e)* a szanatóriumi ellátásokat,
- f)* a betegszállításra jogosító kúraszerű kezeléseket,
- g)* a várólista alapján igénybe vehető ellátásokat,
- h)* a beutalás szakmai szabályait,
- i)* az egyes egészségügyi szolgáltatások körébe tartozó beavatkozásokat,
- j)* a gyógyászati ellátások körébe tartozó szolgáltatásokat,

- k) a munkaképesség-változás minősítésének szakmai szabályait,
- l) a finanszírozás alapjául szolgáló homogén betegségcsoportokat és azok súlyszámértékét,
- m) a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó beavatkozási csoportokat és azok pontértékét,
- n) a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás rendelésének szakmai követelményeit,
- o) a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásainak rendelésére vonatkozó szabályokat,
- p) az egészségügyi szolgáltatók által kiállított igazolások kiadási rendjét,
- q) az anyatejellátásra való jogosultság feltételeit,
- r) az anyatejellátás szakmai és közegészségügyi követelményeit,
- s) az anyatej társadalombiztosítási támogatás alapjául szolgáló literenkénti árát, valamint a támogatás elszámolási módját,
- t) a magyar egészségbiztosítási jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatásra nem jogosult, a Magyar Köztársaság területén tartózkodó személyek betegellátásának szabályait,
- u) a gyógyászati segédeszközök forgalmazásának, javításának, kölcsönzésének szakmai követelményeit,
- v) az egyes gyógyászati segédeszközök egészségügyi ellátás keretében történő kiszolgáltatásának szakmai feltételeit,
- x) a gondozóintézeti gondozás szakmai szabályait,
- z) szenvedélybetegségek esetén a társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető rehabilitációs ellátások körét.

(5) A törvény hatálybalépésével egyidejűleg a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 1995. évi költségvetéséről és a természetbeni egészségbiztosítási ellátások finanszírozásának általános szabályairól szóló 1995. évi LXXIII. törvény 9-20. §-a a hatályát veszti.

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

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

(2) E rendelet hatálybalépésével egyidejűleg az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásáról rendelkező 16/1972. (VI. 29.) MT rendelet

a)

b)

c) 13/C. §-ának (3) bekezdésében a „Társadalombiztosítási Igazolvány megfelelő rovatában” szövegrész helyébe a „13/B. § (1) bekezdésében foglaltak szerint” szövegrész lép.

(3) E rendelet hatálybalépésével egyidejűleg a keresőképtelenség és keresőképesség orvosi elbírálásáról és annak ellenőrzéséről szóló 102/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet

a) 1. §-ának (1) bekezdésében a „tízévesnél” szövegrész helyébe a „tizenkét évesnél”, 2. §-ának (1) bekezdésében az „1975. évi II. törvény 18. §-a, a 89/1990. (V. 1.) MT rendelet 26. §-a” szövegrész helyébe az „1997. évi LXXXIII. törvény 45. §-a” szövegrész lép,

b) 4. §-a és 9. §-ából az „a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény 116. §-a szerint” szövegrész a hatályát veszti,

c) 1. számú melléklete helyébe e rendelet 2. számú melléklete lép.

(4)

(5) Felhatalmazást kap az egészségügyi miniszter, hogy a pénzügyminiszterrel egyetértésben rendeletben határozza meg a közgyógyellátás terhére felírható eszközök körét.

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

A baleseti ellátásra jogot adó foglalkozási betegségek jegyzéke

Sor-szám	A foglalkozási betegség megnevezése	Munkakör (munkahely)
1.	Ólom és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely ólomnak és

		vegyületeinek előállítására és feldolgozására irányul
2.	Kadmium és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely kadmiumnak és vegyületeinek előállítására és feldolgozására irányul
3.	Foszfor és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely foszfornak vagy vegyületeinek termelésére, kivonására és felhasználására irányul
4.	Higany, valamint foncsorai és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely a higanynak, valamint foncsorainak és vegyületeinek nyérésére, előállítására és felhasználására irányul
5.	Arzén és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely arzénnek vagy vegyületeinek termelésére, előállítására és felhasználására irányul
6.	Mangán és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely mangán termelésére, előállítására és felhasználására irányul
7.	Berillium és vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely berillium termelésére, előállítására és felhasználására irányul
8.	Benzol vagy homológjai által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely benzol vagy homológjai előállítására, kivonására és felhasználására irányul
9.	Benzol és homológjainak nitro- és aminoszármazékai által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely a benzol és homológjainak nitro- és aminoszármazékai termelésére, kivonására és felhasználására irányul
10.	Metilalkohol által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely a metilalkohol előállítására és felhasználására irányul
11.	A zsírsorozat halogén vegyületei által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely a zsírsorozat halogén vegyületei termelésére, kivonására és felhasználására irányul
12.	Nitroglicerín, nitroglikol, etilenglikol és dinitrát által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely nitroglicerín, nitroglikol, etilenglikol és dinitrát előállítására és felhasználására irányul
13.	Szénkéneg által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely szénkéneg előállítására és felhasználására irányul
14.	Kénhidrogén által okozott mérgezés	Minden olyan munka, amely kénhidrogén előállítására és felhasználására irányul
15.	Szénmonoxid által okozott mérgezés	Minden olyan ipari üzem, ahol a levegő CO-szennyezettsége előfordulhat
16.	Mindazok a károsodások, amelyeket ionizáló sugárzások (pl. a rádium és radioaktív anyagok, a röntgensugarak) okozhatnak	Minden olyan munka, amely rádium és egyéb radioaktív anyagok vagy ionizáló sugárzás hatásával jár
17.	Bőr egyszerű rákos megbetegedései	Minden olyan munka, amely kátrány, szurok, bitumen, ásványolajok, paraffin vagy vegyületei, illetőleg az említett anyagokból származó készítmények vagy üledékek kezelésével vagy felhasználásával jár
18.	Húgyutak rákos vagy egyéb daganatos nyálkahártya-megbetegedései, amelyek aromás aminok hatására keletkeznek	Aromás aminokat előállító és feldolgozó üzemekben végzett munka
19.	Sűrített levegős szerszámok és hasonló hatású gépek és munkaeszközök okozta rázkódás következtében fellépő megbetegedések	Minden olyan munka, amely légkalapáccsal, könnyebb sűrített levegős szerszámokkal és cipőgyári, „Anklopf” gépen történik, továbbá minden olyan munkaeszkővel végzett munka, amely vibrációs ártalmakat okoz
20.	Dekompressziós megbetegedés következtében fellépő idült állapotok	Sűrített levegőben végzett munka, bűvármunka, magassági repülés

- (keszonbetegség, a központi idegrendszer, a halló- és egyensúlyszerv, a váll- és csípőízület idült elváltozásai)
21. Fluor és vegyületei hatására a csontok, ízületek és szalagok megbetegedése (fluorózis)
22. Szilikózis tüdőgümőkórral vagy anélkül
23. Alumíniumpor hatására a mélyebb légutak és tüdő megbetegedése
24. Azbesztózis tüdőrákkal vagy anélkül
25. Légutak foglalkozás okozta rákos megbetegedései
26. Rövidhullámú hőszugárzás hatására keletkezett szürkehályog
27. Zoonózisok. Állattól emberre közvetlenül vagy közvetve átvitt megbetegedések, továbbá a tetanuszbacillus által okozott merevgörcs, a tarlósömör, más néven gombás szőrtüszőgyulladás, ha a foglalkozással kapcsolatban keletkeztek
28. Műtrágya és növényvédő szerek által okozott mérgezés és károsodás
29. Dioxán (dietilénoxid) által okozott mérgezés
30. Zaj okozta halláskárosodás
31. Fertőző betegségek által okozott idült egészségkárosodás, ha a foglalkozással kapcsolatban keletkezett
32. Vírush hepatitis által okozott és idült egészségkárosodás, ha a foglalkozással kapcsolatban keletkezett
- Minden olyan munka, amely fluor előállításával és felhasználásával, valamint nátrium-alumíniumfluorid (kriolit) felhasználásával jár
- Minden olyan munkafolyamat, amely szabad kavasavtartalmú por belélegzésével jár
- Minden olyan munka, amely alumínium termelésére, előállítására és feldolgozására irányul
- Minden olyan munka, amely az azbeszt termelésére és feldolgozására irányul
- Minden olyan munka, amely alkálíkromátok előállítására és krómfestékké való feldolgozására irányul
- Üveghuták, üvegipari feldolgozóüzemek, vas- és acélkohók, fémolvasztó üzemek és hengerdék
- Állattartás, állatgondozás és egyéb mezőgazdasági munka, valamint állati tetemekkel és hulladékkal való foglalkozás, áruk berakása, kirakása vagy szállítása
- Minden olyan munka, amely műtrágya vagy növényvédő szer előállítására, kiszerezésére, csomagolására és felhasználására irányul
- Minden olyan munka, amelynek során a dioxánt oldószerként alkalmazzák és minden gyártási eljárás, amelynek során dioxánt is felhasználnak, pl. kerámiaipar
- Minden olyan eset, melyben a munkavállalót érő mértékadó A-hangnyomásszint (L_{Am}) a 87 dB zajexpozíciós határértéket ($L_{EX,8h}$) meghaladta
- Minden olyan munka, amely tüdőgyógyintézetekben, a fekvőbeteggyógyintézetek tüdőosztályain, a tüdőgondozó intézetekben a gümőkóros betegek, a fertőzőbeteg-kórházakban vagy általános kórházak fertőzőbeteg-osztályain a heveny fertőző betegek egészségügyi ellátására irányul, illetve az ott dolgozók és az ápolás alatt álló betegek kiszolgálására létesült állandó alkalmazást jelent
- Minden olyan munka, amelynek során a dolgozó egészségügyi és szociális intézménynél, szolgálatnál, orvostudományi egyetemen, az Orvostovábbképző Intézetnél, egészségügyi kutatóintézetekben, valamint az Egészségügyi Minisztériumhoz tartozó vállalatnál - beteggel, váladékaival, vizsgálati anyagával érintkezésbe kerül - az orvosi beavatkozás, ápolás folyamán használt műszert, eszközt, textíliát, berendezési tárgyat összegyűjti, tisztítja, karbantartja, javítja - tetemmel vagy annak részeivel, boncolás, továbbá szövettani feldolgozás folyamán érintkezésbe kerül - hepatitis esetében

		járványügyi vizsgálatot vagy fertőtlenítést végez
33.	Térdízületi meniscus sérülése	Bányák, ahol a munkát térdelő helyzetben kell végezni, a MÁV járműjavító üzemek és vontatási főnökségek térdelő, guggoló testhelyzetben dolgozó kocsi- és mozdonylakatosai, továbbá kazánkovácsai, parkettrakók, kövezőmunkások, útburkoló munkások, amennyiben munkájukat térdelő helyzetben végzik, ha ilyen munkakörben legalább három évet dolgoztak, vagy ha a meniscus szövettani vizsgálata jellegzetes degeneratív elváltozást kimutatta
34.	Talkózis	Minden olyan munka, amely a talkum (magnéziumszilikát) termelésére és feldolgozására irányul
35.	Diffúz, progresszív fibrózissal járó keményfém-pneumokoniózis	A keményfémek porkohászati technológiával történő előállításánál az alapanyag őrlése, a hevítést megelőző formázása és csiszolása.