

Országgyűlés Hivatala

Irományszám: **T/4906**

Érkezett: 2008 FEBR 07.

T/.... számú

**törvényjavaslat
a társadalmi egészségbiztosítás ellátásairól**

**Előterjesztő: Dr. Mikola István,
Dr. Nagy Kálmán**

2008. február

2008. évi törvény**a társadalmi egészségbiztosítás ellátásairól**

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

I. Fejezet**ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK***A törvény hatálya***1. §**

(1) A törvény hatálya

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

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

c) a társadalmi egészségbiztosítási ellátások teljesítésében szerződés alapján részt vevő szolgáltatókra,

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

e) a társadalmi egészségbiztosítás szervezetére, felügyeletére terjed ki.

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

*Alapelvek***2. §**

(1) A társadalmi egészségbiztosítás céljait az egészségpolitika határozza meg. Az egészségbiztosítás működtetése, megújítása csak az egészségüggyel együttesen, összehangolva valósítható meg.

(2) A társadalmi egészségbiztosítás rendszerét a járulékok, befizetések korlátozott mértéke, illetve az egész életre kiterjedő egészségi szükségletek határozzák meg.

(3) A társadalmi egészségbiztosítás erőtartalékot és pénztartalékot gyűjt, azzal gazdálkodik. Az erőtartalék az emberek egészsége, korukhoz illő aktivitásuk, munkaképességük. A pénztartalék egészségszakmai célú tartalékot jelent. Ezen alapelv érvényesülése megkívánja a vezetési, tervezési, működtetési rendszerek egészségi és gazdasági irányultságát, valamint e két értékrendszer harmonikus összekapcsolását.

(4) A társadalmi egészségbiztosításban a tervezési, működtetési időtávok a következők:

- a) rövid táv: 3-5 év,
- b) középtáv: 30-40 év,
- c) hosszú táv: 70-80 év.

(5) A társadalmi egészségbiztosítás szempontjából egészségesnek tekinthető az, aki képzettségének megfelelően munkaképes, korához illő aktivitás mellett nem károsodik és aki zavartalanul fejlődőképes.

3. §

(1) A társadalmi egészségbiztosítás közcélú egészségi kockázatkezelést végez, intézménye a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és annak megyei szervei, amelyek egységes, zárt szervezetű intézményt alkotnak. A társadalmi egészségbiztosítás pénzügyi alapjának kezelését, felhasználását önállóan végzi.

(2) Külső üzleti vállalkozás, illetőleg non-profit külső szervezet semmilyen formában nem vehet részt olyan tevékenységben, amely a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és megyei szerveinek a társadalmi egészségbiztosítás pénzügyi alapjának felhasználására vonatkozó és a közcélú egészségi kockázatkezeléssel kapcsolatos közfinanszírozási funkcióit érinti, ideértve különösen bármely egészségi ellátásszervezői, ellenőrzési, biztosítási és ezzel összefüggő informatikai, ügyviteli tevékenységet.

(3) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és megyei szervei nem vehetnek részt a (2) bekezdésben meghatározott bármely tevékenységet folytató vállalkozásban, non-profit szervezetben, üzleti célú biztosításban, üzleti célú ellátásszervezési vállalkozásban, önkéntes kölcsönös egészségpénztárban, valamint ilyen szervezettel, vállalkozással történő közös szervezet, vállalkozás alapításában és működtetésében.

(4) A (3) bekezdésben meghatározott vállalkozások, szervezetek nem szerezhhetnek tulajdont a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetben és megyei szerveiben.

4. §

Az e törvényben meghatározott többidőtávú, összehangolt egészségi, szolgáltatási és gazdasági terv határozza meg adott időszakra vonatkozóan az egészségpolitikai, népegészségügyi célok megvalósításához szükséges szolgáltatásokat, fejlesztéseket és azok fedezetét. Járulékból, adóból, illetőleg Európai Unió forrásból kizárólag e terv szerint finanszírozhatóak egészségügyi szolgáltatások, fejlesztések a terv fedezetét jelentő E. Alapon keresztül. Ha évközben ilyen forrásokból többlet jelentkezik, e forrásokat át kell csoportosítani az E. Alapba és ennek megfelelően módosítani kell az összehangolt egészségi, szolgáltatási és gazdasági tervet.

5. §

(1) A korlátozottan rendelkezésre álló erőforrások és eszközök felhasználását az egészségpolitikai, népegészségügyi célok és prioritások meghatározásával a többidőtávú, összehangolt egészségi, szolgáltatási és gazdálkodási tervezési rendszerben kell tervezni, annak érdekében, hogy az erőforrások és eszközök felhasználása az elérhető legnagyobb

egészségnyereséget eredményezze. Az egészségnyereséget és az erőforrás-felhasználást a hasznosulás értékelésekor össztársadalmi szinten kell meghatározni.

(2) Az egészségügyi szolgáltatási kapacitások lekötését, többletkapacitások befogadását, feleslegessé vált kapacitások lekötésének felmondását, új orvostechnológiák - ideértve a gyógyszert is -, eljárások befogadását, a szolgáltatói szerződések végrehajtásának ellenőrzését az erőforrás-felhasználás hasznosulásának maximalizálási elve alapján kell rendszeresen elvégezni a többidőtávú, összehangolt egészségi, szolgáltatási és gazdasági tervezés részeként.

6. §

Az ellátás minőségének folyamatos fejlődése érdekében a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet, mint a közfinanszírozású egészségbiztosítási közszolgáltatások kizárólagos szervezője és finanszírozója, az ellátás biztonságossága és folyamatosága fenntartásával szabályozott szolgáltatói piacot hoz létre. A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet a szolgáltatások szakmai tartalma, minősége, elérhetősége, hatékonysága, bekerülési költsége alapján azonos elbírálás mellett, közvetlenül szerződik a szolgáltatókkal és tulajdonosaikkal, fenntartóikkal, függetlenül a szolgáltató gazdálkodási formájától és tulajdonosi szerkezetétől.

7. §

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

(2) A pénzbeli társadalmi egészségbiztosítási ellátások közül a pénzbeli ellátások a pénzbeli egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettséggel arányosan vehetők igénybe.

8. §

Az egészségügyi szolgáltatások azonos hozzáféréssel, azonos minőségben, azonos feltételekkel és azonos szakmai tartalommal illetik meg az azonos egészségi állapotú és ellátási szükségletű, a társadalmi egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket. E rendelkezés hatálya kiterjed az egészségügyi szolgáltatásra hajléktalanként jogosult személyekre is.

9. §

Az állam az e törvényben meghatározott ellátások teljesítését a központi költségvetés terhére akkor is biztosítja, ha az ahhoz szükséges kiadások az E. Alapból nem fedezhetők.

10. §

A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet tájékoztatja a biztosítottat jogairól és kötelezettségeiről, segítséget nyújt egészségi szükségleteinek megfelelő természetbeni, illetőleg pénzbeli ellátási jogosultságának érvényesítéséhez.

Fogalommeghatározások

11. §

E törvény alkalmazásában

a) *társadalmi egészségbiztosítás*: az e törvénnyel előírt kötelező szolidaritáson alapuló, visszacsatolós szabályozási mechanizmusokkal működő, egészségi kockázatkezelő intézmény, amely össztársadalmi szintű és egységes kockázatközösségen alapul; működését az állam garantálja,

b) *önszabályozó társadalmi egészségbiztosítás*: a szükségletek, szolgáltatások, erőforrások, eszközök dinamikus egyensúlyát létrehozó és megtartó társadalmi egészségbiztosítás,

c) *szolidaritás*: a társadalombiztosításban a kölcsönös segélynyújtás és kötelezettségvállalás intézményes gyakorlatának érvényesítése a mindenkori egészségesek-betegek, idősek-fiatalok, nemek, szegények-gazdagok, valamint fejlett és elmaradott országrészek, magas, illetve alacsony jövedelmezőségű gazdasági ágazatok közötti intézményes - a jövedelemfüggő hozzájáruláson és a szolgáltatások szükségletek szerinti igénybevételén alapuló - jövedelem-átcsoportosítási mechanizmusokon keresztül; ennek értelmében mindenki a jövedelme szerint fizet járulékot és a rendszer által nyújtott szolgáltatásokat a tényleges egészségi szükségletei szerint veheti igénybe; a saját befizetésekkel meg nem alapozott ellátási jogosultságokat a költségvetés normatív hozzájárulása fedezi,

d) *egészségi szükséglet*: valakinek vagy valamely közösségnek az egészsége megőrzéséhez, gyógyulásához, rehabilitációjához és – elsősorban a gyermekek esetében - zavartalan fejlődéséhez nélkülözhetetlen szolgáltatások, anyagi termékek, információk, környezeti feltételek és szellemi javak összessége,

e) *egészségnyereség*: bármely az egészséggel kapcsolatos egyéni, családi vagy nagyobb közösségi szintű beavatkozás eredménye, amely révén a jó életminőségben megélt időszak mértéke megnő, illetve csökken az életminőséget rontó vagy az élettartamot csökkentő egészségkárosodások mértéke; minden esetben az egyén szintjén, az egészségi állapot kedvező változásában jelentkezik, így az egyéni és közösségi egészségnyereség egyaránt mérendő egyéni és statisztikai indikátorokkal,

f) *az egészségi kockázat*: olyan cselekvéssel, eseménnyel járó veszély, veszteség lehetősége, melynek következménye egészségkárosodás,

g) *közcélú egészségi kockázatkezelés*: az egészségi szükségletek felmérése és előrebecslés alapján meghatározott egészségi kockázatokat elkerülő, csökkentő célkitűzéseket szabályozott rendszerben megvalósító tevékenység; az egészségi kockázatkezelés megteremti az egészségmegőrzés, betegségmegelőzés, diagnosztika, gyógyítás és a rehabilitáció dinamikus egységét, illetőleg ezek megfelelő arányait,

h) *egészségi kockázatelemzés*: az egészségi kockázatokból eredő egészségkárosodások bekövetkezési valószínűségének valamint a kiváltó tényezőknek, kialakulási folyamatoknak feltárása, minőségi és mennyiségi kockázatelemzési módszerekkel; az egészségi kockázatelemzés egyéni adatokra, indikátorokra épül; az egyéni elemi adatok csoportosításával végzendő a közösségi egészségi kockázatelemzés, amely az egyes társadalmi csoportok egészségi állapotának átlagtól való szisztematikus eltéréseit is elemzi,

i) *mennyiségi kockázatelemzés*: a bekövetkezett egészségkárosodást, haláleseteket regisztráló, populációs szintű, statisztikai jellegű adatok elemzése, előrebecslése, bekövetkezési valószínűségek számítása,

j) *minőségi kockázatelemzés*: a bekövetkezett egészségkárosodást, haláleseteket, mint változási folyamatot minőségi mutatókkal leíró módszer; a minőségi mutatókat indikátorokkal számszerűsítve a kockázatelemzés, az előrebecslések matematikai statisztikai módszerekkel végezhető; az elemzés személyi azonosítás nélküli egyéni adatokon alapul,

k) szükségletkommunikáció: az egészségi szükségletekről történő értékorientáló kölcsönös tájékozódás, tájékoztatás,

l) egészségterv: orvosi vizsgálatokon is alapuló egészségi állapotfelvétellel és az egészségi kockázatelemzés módszereivel készülő egyéni, családi, települési, kistérségi, megyei és országos szinteken megfogalmazott terv, amely az egyének és a közösségek számára különféle szolgáltatási stratégiák hatását több időtávra előre jelzi és lehetővé teszi az egészségi szükségletek optimális kielégítését,

m) biztosított:

ma) a társadalmi 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,

mb) a társadalmi egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított,

mc) 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,

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

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

p) 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,

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

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

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

t) 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,

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

x) központi várólista: a többidőtávú, összehangolt egészségi, szolgáltatási és gazdasági tervezési rendszer részeként, a külön jogszabályban meghatározott nagyköltégű ellátások igénybevételére egy átlátható, nyilvános, normatív és a társadalom mindenkori értékrendjének megfelelő prioritási rendszer szerint - az azonos esélyű hozzáférés elve alapján felállított - az ellátásra váró betegek sorrendjét tartalmazó, rendszeresen ellenőrzött, valamint eljárási és döntési rendje alapján nyilvánosan számon kérhető lista, továbbá a szerv, illetve vesejtképző összejt átültetésére váró betegek listája (transzplantációs várólista),

y) intézményi várólista: a többidőtávú, összehangolt egészségi, szolgáltatási és gazdasági tervezési rendszer részeként, egy átlátható, nyilvános, normatív és a társadalom mindenkori értékrendjének megfelelő prioritási rendszer szerint - az azonos esélyű hozzáférés elve alapján felállított - az ellátásra váró betegek sorrendjét tartalmazó, rendszeresen ellenőrzött, valamint eljárási és döntési rendje alapján nyilvánosan számon kérhető, az adott intézményben a betegellátás sorrendjét meghatározó lista, amely - a központi várólista alapján igénybe vehető ellátások kivételével - műtétek, beavatkozások, vizsgálatok meghatározott sorrend szerinti

elvégzése, illetve nagy értékű eszközök igénybevétele érdekében kerül kialakításra [az *x*) és *y*) pont a továbbiakban együtt: várólista],

z) a társadalmi egészségbiztosítás intézménye: a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és megyei szervei.

A társadalmi egészségbiztosítás célja

12. §

(1) A társadalmi egészségbiztosítás általános céljai az általános egészségpolitika és népesedéspolitika következő célkitűzéseire épülnek:

- a) születéskor várható élettartam meghosszabbítása,*
- b) egészségben megélt (fogyatéknélküli) életévek kiterjesztése,*
- c) elkerülhető egészségkárosodások és életminőség-romlás elkerülése,*
- d) népességfogyás mértékének csökkentése.*

(2) A társadalmi egészségbiztosítás működési, fejlesztési célkitűzései a következők:

- a) az egészség értékrendbeli súlyának jelentős növelése, együttműködve az e cél végrehajtásában felelősséggel részt vevő más szervezetekkel és ágazatokkal,*
- b) az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségének javítása, a társadalmi szükségleteknek való jobb megfelelés, a reagálóképesség javítása,*
- c) a rendelkezésre álló erőforrások társadalmilag, gazdaságilag elfogadható mértékű egészségügyi ráfordítással, a legnagyobb egészségnyereség elérését célzó optimális elosztási rendszer kialakításával, működtetésével a különböző egészségi szükségletű emberek ellátását szolgálja,*
- d) a társadalombiztosítás kultúrájának megőrzése, átadása a jövő nemzedékeknek.*

A társadalmi egészségbiztosítás működésének alapkövetelményei

13. §

(1) A társadalmi egészségbiztosítás működésében az egészségpolitika által meghatározott korcsoportos célkitűzések érvényesülnek.

(2) A társadalmi egészségbiztosítás nagymértékben önszabályozó intézmény. Az önszabályozó működés alapja az egészségi szükségletek feltárása, amelyeket az egészségpolitika által meghatározott korcsoportos prioritási célrendszerben kell kielégíteni.

(3) Az egészségbiztosításban többidőtávú tervezést kell végezni. A tervezést - az állandó változásokra tekintettel, valamint a döntések hatásának visszacsatolása (monitorozása), értékelése érdekében - folyamatosan kell végezni

(4) A társadalmi egészségbiztosítás összehangolt, többidőtávú tervezési rendszerét három összefüggő döntéscsoport: az egészségterv, a szolgáltatások terve és a pénzügyi gazdálkodási terv, mint tervezési részrendszer alkotja.

(5) A tervezési, modellezési rendszer részeként a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet országosan reprezentatív mintán az emberek egészségi állapotának folyamatos

megfigyelését végzi. Folyamatosan elemzi és értékeli az egészségügyi ellátások igénybevételére vonatkozó adatait. E célból létrehozza, rendszeresen karbantartja az egységes társadalmi egészségbiztosítási indikátorrendszert.

(6) Az egészségpolitikai, népegészségügyi prioritásoknak megfelelően, bármely gazdasági ágazatra, társadalmi szektorra vonatkozó - közösséget érintő - intézkedés esetében meg kell vizsgálni, hogy az adott intézkedésnek van-e, és milyen a hatása az egészségre, továbbá minden egészségpolitikai, népegészségügyi célkitűzés és intézkedés várható hatását modellezni kell. Egészségmonitorozási rendszerrel értékelni kell a megtett intézkedések egészségi állapotra gyakorolt hatását, ennek alapján kell aktualizálni a többidőtávú, összehangolt egészségi, szolgáltatási és gazdasági tervet és meghatározni a további intézkedéseket.

(7) A többidőtávú, összehangolt egészségi, szolgáltatási és gazdasági terv teljesüléséről a Kormány évente beszámol az Országgyűlésnek.

A társadalmi egészségbiztosítás szervezete

14. §

(1) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet országos hatáskörű szerv, az Egészségbiztosítási Alap kezelője. A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és megyei szervei nemzeti szinten egységes, szolidaritásalapú, társadalmi kockázatközösséget fenntartó, folyamatosan, tervszerűen fejlesztett, közcélú egészségi kockázatok értékelő kezelő társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszert alkotnak, amely társadalmi ellenőrzés mellett átláthatóan, elszámoltathatóan végzi tevékenységét.

(2) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és megyei szerveinek feladatai:

- a) az egészségi szükségletek felmérése,
- b) az összehangolt egészségi, szolgáltatási és gazdasági tervezés,
- c) díjtétel megállapítás,
- d) ellátásszervezés országos, regionális, megyei és kistérségi szinten,
- e) új szolgáltató befogadása,
- f) finanszírozási szerződések megkötése és felbontása,
- g) ellenőrzés,
- h) közvetlen szolgáltatások nyújtása,
- i) ügyfélszolgálat működtetése,
- j) hatósági feladatok,
- k) betegjogi képviselő,
- l) kommunikációs feladatok,
- m) a 133. § (3) bekezdésben meghatározott rendeletek vonatkozásában előterjesztést tesz a Kormány számára.

(3) A társadalmi egészségbiztosítás hatósági feladatait, a közvetlenül nyújtott szolgáltatásokat, az ügyfélszolgálatot valamint a betegjogi képviselőt szolgáltató jelleggel és könnyen elérhetően kell ellátni, illetőleg nyújtani.

(4) Önálló szolgáltatásként szükséges ellátni a társadalmi egészségbiztosítással, az egészségi szükségletekkel és az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos kommunikációs feladatokat.

15. §

(1) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet tevékenységét a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Önkormányzat felügyeli.

(2) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Önkormányzat 21 tagját az Országgyűlés választja. Az önkormányzat hét-hét tagjára az Országos Érdekegyeztető Tanács munkavállalói, illetve munkaadói oldala, további hét tagjára az egészségbiztosításért felelős miniszter tesz javaslatot. A tagok megbízatási ideje hat év.

(3) Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Önkormányzat feladatai:

- a) közreműködik a társadalombiztosítási viszonyok szabályozásában,
- b) jogszabályt, vagy jogszabály-módosítást kezdeményez a Kormánytól feladatellátása körében,
- c) a többidőtávú, összehangolt, egészségi, szolgáltatási és gazdálkodási tervet véleményezi és beterjeszti az Országgyűlésnek jóváhagyásra,
- d) a munkáltatói és a munkavállalói oldal által delegált tagok közül 3 éves időtartamra elnököt választ,
- e) bizottságokat hoz létre.

(4) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet élén főigazgató áll. A főigazgatót a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Önkormányzat javaslatára a köztársasági elnök nevezi ki határozatlan időre.

(5) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Önkormányzat, a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és megyei szervei működésének részletes szabályairól külön törvény rendelkezik.

Társadalmi egészségbiztosítási ellátásra jogosultak

16. §

(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.

17. §

Azok a személyek, akik az társadalmi 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.

18. §

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

19. §

(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

20. §

Az e törvényben foglalt egészségügyi szolgáltatások a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézettel az adott szolgáltatásra finanszírozási szerződéssel rendelkező (a továbbiakban: finanszírozott) egészségügyi szolgáltatónál vehetők igénybe.

II. Fejezet

A TÁRSADALMI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSAI

1. Cím

Térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

I. Az egészség megőrzését, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások és az ezekre vonatkozó feladatok, feltételek és felelősségi szabályok

21. §

Az egészségpolitika, a népegészségügy egészségmegőrzésre, elsődleges prevencióra vonatkozó – a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet hatáskörébe tartozó - feladata a többidőtávú, összehangolt, egészségi, szolgáltatási és gazdasági tervezési rendszer részeként az életmódkultúra körébe tartozó alábbi szolgáltatások támogatása, befolyásolása, követése:

- a) egészségi szükséglet-kommunikáció (beleértve az egészségügy oktatást, a hatékony elsősegély nyújtás oktatását),
- b) táplálkozás,
- c) fizikai aktivitás, energia-egyensúly zavarok,
- d) a lelki egészség védelme, a krónikus stressz, a mentális konfliktus, krízis, a depresszió, alkohol, dohány, drog (beleértve a gyógyszert) függőség megelőzése, gyógyítása, életvezetés tanácsadás.

22. §

(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;
 - d) a 18 éven felüli korosztály
 - da) az életkornak és nemnek megfelelő rizikófaktorok által indukált betegségek tekintetében az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében nevesített szűrővizsgálatokra az ott meghatározott gyakorisággal,
 - db) a bd) pontban foglalt vizsgálatokra, ide nem értve a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa által végzett munkaköri alkalmasság megállapítására irányuló vizsgálatokat és az ahhoz szükséges további járóbeteg-szakellátásokat,
 - dc) évente egy alkalommal fogászati szűrővizsgálatra;
 - e) életkortól függetlenül sportegészségügyi vizsgálatokra, kivéve a hivatásos sportoló sportegészségügyi ellátását.

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

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

(4) Az (1) bekezdésben foglalt szolgáltatások közül a betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szolgáltatásokat - az egészségpolitika, a népegészségügy prioritásainak megfelelően - a többidőtávú, összehangolt egészségi, szolgáltatási és gazdasági terv alapján - az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében - korcsoportonként és nemek szerint differenciált módon meghatározott tartalommal és gyakorisággal a szakmailag illetékes egészségügyi szervezet, illetőleg szolgáltató nyújtja. A népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok esetében az értesítést a szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltató vagy

az egészségügyi államigazgatási szerv küldi ki. E szervezetek, illetőleg a szolgáltató feladata, hogy érje el és vonja be az ellátási területéhez tartozó érintett embereket a rendeletben meghatározott szolgáltatások elvégzése érdekében és végezze el a vizsgálatokat, valamint a vizsgálatok eredménye alapján tegye meg a szükséges intézkedéseket a kiszűrt betegek további ellátása, gondozása érdekében. A biztosított ezen betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szolgáltatásokat saját kezdeményezésére, vagy egészségügyi ellátása során, illetve a házi orvos vagy a kezelő orvos beutalása alapján is igénybe veheti.

II. Gyógykezelés céljából végzett ellátások

Házi orvosi ellátás

23. §

(1) A biztosított a házi orvosi, házi gyermekorvosi (a továbbiakban együtt: házi orvosi) ellátás keretében a (2) bekezdésben foglalt feltételekkel jogosult

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

b) betegsége esetén a házi orvosi 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 házi orvos által kezdeményezett, a biztosított otthonában történő szakorvosi vizsgálatra és véleményre,

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

e) a házi orvos rendelése szerint az alapellátás keretében végzett szakápolásra,

f) keresőképességének elbírálására,

g) egyéb orvos szakértői vizsgálatra és szakvéleményre, amennyiben a 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 házi orvosánál veheti igénybe,

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

Fogászati ellátás

24. §

(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 góckeresésre,
- e) a külön jogszabály szerinti fogmegtartó kezelésre.

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

Járóbeteg-szakellátás

25. §

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

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

Fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás

26. §

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

(2) A biztosított a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás keretén belül a 31. § (1) bekezdésében foglaltak szerint jogosult

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

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

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

III. Egyéb egészségügyi szolgáltatások

Szülészeti ellátás

27. §

(1) A biztosított a 26. § 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

28. §

(1) A biztosított az orvosi rehabilitáció keretében jogosult

a) orvos előírása szerinti vizsgálatra, gyógykezelésre, gyógyászati ellátásra és foglalkoztatás-terápiára,

b) az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében meghatározott esetekben szanatóriumi ellátásra,

c) amennyiben az orvosi rehabilitációra fekvőbeteg-gyógyintézetben kerül sor, illetve a *b)* pontban foglalt esetben a 26. § (2) bekezdés *c)-f)* pontjaiban foglalt ellátásokra és gyógyászati ellátásra,

d) szenvedélybetegsége esetén a külön jogszabályban meghatározott rehabilitációs ellátásra.

(2) A biztosított - külön jogszabályban foglaltak szerint - jogosult egészségügyi beavatkozást követő rekonstrukcióra, továbbá funkciózavart okozó veleszületett vagy szerzett testi rendellenességek korrekciójára a 25-26. §-ban foglaltak szerint.

Betegszállítás, mentés

29. §

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

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

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

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

IV. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére vonatkozó közös rendelkezések

30. §

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

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

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

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

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

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

- a)* az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 142. §-a
- aa)* (2) bekezdése *a)* pontjában meghatározott ellátások,
- ab)* (3) bekezdésének *c)-i)* pontjában meghatározott ellátások,
- b)* a külön jogszabályban meghatározott munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok,
- c)* a külön jogszabályban meghatározott foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé,
- d)* a külön jogszabály által elrendelt orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre, illetve társadalmi egészségbiztosítási ellátásra való jogosultság megállapítása céljából kerül sor,
- e)* a külön jogszabályban meghatározott különösen veszélyes (extrém) sportolás, szórakoztató-szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások,
- f)* hivatásos sportolók sportegészségügyi ellátása,
- g)* a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatás,
- h)* a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel,
- i)* az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatásos ellátás,
- j)* a *g)-i)* pontban meghatározott ellátások következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások,
- k)* a méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások kivételével a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárás,

gyógyszer, gyógyászati segédeszköz alkalmazása, illetve a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása,

- l)* a kizárólag orvostudományi kutatás keretében nyújtott ellátások,
- m)* a biztosított kísérijének részére az egészségügyi szolgáltató által biztosított szállás és étkezés, kivéve, ha a biztosított a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény szerint fogyatékos személynek minősül,
- n)* a járművezetői alkalmassági vizsgálatok,
- o)* a lőfegyvertartásra vonatkozó orvosi alkalmassági vizsgálatok,
- p)* alkohol, illetve kábítószer hatása alatt állás esetén a detoxikálás,
- q)* alkohol, illetve kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálatok,
- r)* láttelelet kiadása,
- s)* a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (a továbbiakban: Pp.) 307. §-ának (2) bekezdése szerinti, az alperes elmeállapotára vonatkozó szakorvosi véleményezés,
- t)* a nem kötelező védőoltással a biztosított immunizálása,
- u)* az *a)-t)* pontban meghatározott ellátások keretében, annak részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.

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

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

- a)* a biztosított által igénybe vett ellátásról (a külön jogszabály szerinti BNO- és HBCs-kóddal együtt),
- b)* az *a)* pont szerinti ellátásért a társadalmi egészségbiztosítási finanszírozás keretében külön jogszabály alapján igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről,
- d)* az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevétele feltétele.

(9) A biztosított az elszámolási nyilatkozat mindkét példányának aláírásával igazolja, hogy az abban megnevezett ellátást igénybe vette. Az aláírt elszámolási nyilatkozat egyik példányát a biztosítottnak át kell adni, másik példányát pedig az egészségügyi szolgáltató a biztosított egészségügyi dokumentációjának részeként megőrzi.

(10) Ha a biztosított nem képes aláírni az elszámolási nyilatkozatot, úgy azt helyette a képviselőjére jogosult, az Eütv. 16. §-ának (1)-(2) bekezdése szerinti személyek - az ott meghatározott sorrend alapján - jogosultak aláírni. Ha a biztosított nem akarja aláírni a ténylegesen elvégzett tevékenységekről szóló elszámolási nyilatkozatot, annak pótlását a bíróságtól lehet kérni.

31. §

(1) Az egészségügyi ellátás keretében a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségbiztosításért felelős miniszter által az adott ellátásra meghatározott finanszírozási eljárási rend, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rend szerinti szolgáltatásokra jogosult. Ha a biztosított állapota és a gyógyítás szempontjai azt szükségessé teszik, a kezelőorvos a finanszírozási eljárási rendben, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól eltérhet. Az egészségügyi szolgáltató a biztosított kérésére a 37. § *f)* pontjának figyelembevételével térhet el a finanszírozási eljárási rendben, illetve a vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól.

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

(3) Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során a biztosított - a 37. § b) pontjában foglaltak figyelembevételével - a finanszírozott egészségügyi szolgáltató munkarendje alapján beosztott orvos helyett másik orvost igényelhet, amennyiben azt a biztosított egészségi állapota által indokolt ellátás szakmai tartalma és az ellátás sürgőssége nem zárja ki, azzal, hogy ezt a szabályt az egészségügyi szolgáltatónál nem munkaviszonyban, illetve közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatott orvos választására is alkalmazni kell.

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

32. §

(1) A finanszírozási szerződés szerinti ellátásra kötelezett szolgáltató egyes ellátások elvégzését - amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását - az e törvény szerinti intézményi várólista alapján is teljesítheti.

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

(3) Az egészségügyi szolgáltató az ellátás természete, továbbá tartós kapacitáshiány esetén alakíthat ki intézményi várólistát.

(4) A transzplantációs várólistára való felvételre jogosult:

- a) a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított,
- b) a Tbj. 16. §-ának (1) bekezdése alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy,
- c) az a)-b) pont hatálya alá nem tartozó személyek közül az, akinek társadalmi egészségbiztosítója az ellátás igénybe vételét a Közösségi rendelet 22. cikke 1. bekezdésének c) pontja, illetve kétoldalú egyezmény alapján előzetesen, vagy az egyezményben meghatározottak szerint engedélyezte.

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

(6) Amennyiben az intézményi várólista indokolatlanul hosszú, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat területileg illetékes szerve köteles megvizsgálni, hogy az egészségügyi szolgáltató megfelel-e a működési engedély kiadásának feltételül külön jogszabályban meghatározott szakmai minimumfeltételeknek. Amennyiben a várólista szakember, gép, műszer, orvostechnikai eszköz tartós hiánya miatt hosszú, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat területileg illetékes szerve köteles megtenni a

szükséges hatósági intézkedéseit a hiányok pótlására, megszüntetésére. Amennyiben a minimális feltételeknek való megfelelés elfogadható határidőn belül nem valósul meg, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat területileg illetékes szerve köteles kezdeményezni a szolgáltató működési engedélyének visszavonását.

33. §

(1) A várólista az adott egészségügyi ellátásra besorolt biztosítottak legfontosabb személyazonosító adatait (családi és utónév, anyja neve, nem, születési év, lakóhely, társadalombiztosítási azonosító jel) és az ellátásra való jogosultság sorrendjét tartalmazza. A biztosítottak egyéb adatait az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. A várólistán szereplő adatokat és a biztosítottak egyéb adatait az egészségügyi és személyazonosító adatok kezelésére vonatkozó jogszabályokban meghatározott rendelkezések szerint kell kezelni.

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

(3) A várólista adatai - kizárólag személyazonosításra alkalmatlan módon - intézményi várólista esetében az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató honlapján, központi várólista esetén a kormányrendeletben kijelölt szerv honlapján megtekinthetők, ebben a formájukban nyilvánosak. A transzplantációs várólista kivételével az ellátás igénybevételének várható időpontját is közzé kell tenni. A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet honlapjáról a várólista alapján ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók honlapjának is közvetlenül elérhetőeknek kell lenniük. A központi várólista vezetéséért, a központi várólistára kerültek ellátási jogosultságának és az ellátás indokoltságának az ellenőrzéséért a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet felelős.

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

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

(6) Az egyedi azonosító tartalmára vonatkozó szabályokról a biztosítottat kezelőorvosa tájékoztatja.

2. Cím

Árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatások

34. §

(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 Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetval 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 Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézettel 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.

35. §

(1) A 34. § (1) bekezdés *aa)* és *d)* pontja szerinti hatóság által - a külön jogszabály szerint - kiemelt, indikációhoz kötött támogatásban részesített gyógyszerért a biztosított egységesen dobozonként, gyógyászati segédeszközért pedig vényenként a külön jogszabályban meghatározott összegű díjat fizet.

(2) A 34. § (1) bekezdés *ab)* pontjában meghatározott magisztrális gyógyszerek árához nyújtott támogatás megállapítására vonatkozó szabályokat külön jogszabály állapítja meg.

Utazási költségtérítés

36. §

(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 Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézettel szerződött forgalmazónál szerzi be.

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

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

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

a) a 16 éven aluli gyermek kísérőjét,

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

(7) Helyi közlekedési eszköz igénybevételéhez nem jár támogatás.

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

3. Cím

A biztosított által részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

37. §

A biztosított részleges térítés mellett jogosult

a) 18 éves életkor alatt fogszabályozó készülékre;

b) a külön jogszabály szerinti terhesgondozás és a szülészeti ellátás kivételével az ellátást végző orvos 31. § (3) bekezdésében foglaltak szerinti megválasztására;

- c) a rágóképesség helyreállítása érdekében jogszabályban meghatározott típusú fogpótlásra;
- d) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra, ha azt a biztosított beutaló nélkül veszi igénybe, kivéve az Eütv. 3. §-ának 18. pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó - külön jogszabályban megnevezett - ellátásokat;
- e) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásnak a beutalási rendtől eltérő igénybevételére, ide nem értve az Eütv. 3. §-ának 18. pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó - külön jogszabályban megnevezett - ellátásokat;
- f) saját kezdeményezésére az ellátás 31. § (1) bekezdésében foglaltaktól - többletköltséget okozó - eltérő tartalommal történő igénybevételére;
- g) amennyiben állapota indokolja az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is;
- h) az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében foglalt esetekben szanatóriumi ellátásra;
- i) az egészségügyi ellátás keretében igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra;
- j) külsődleges nemi jelleg megváltoztatására irányuló beavatkozásra, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél.

38. §

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

(2) Az e fejezetben foglaltak szerint megállapított részleges térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik azzal, hogy a szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét. A 37. § b) pontja alapján fizetett részleges térítési díjból az egészségügyi szolgáltató a térítési díj ellenében végzett ellátásban közreműködő személyeket a szabályzatában meghatározott módon külön juttatásban részesítheti.

(3) A 37. § c) pontjában meghatározott fogászati ellátások térítési díját 15%-kal csökkenteni kell, amennyiben a biztosított részt vett a külön jogszabályban előírt, időszakos fogászati szűrővizsgálaton.

(4) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató a biztosított részére - annak kezdeményezése alapján, az egészségügyi ellátás szakmai színvonalának érintése nélkül - külön térítési díj ellenében egyéni igénye szerinti étkezést, valamint az egészségi állapota által nem indokolt, a 26. § (2) bekezdés f) pontja szerinti elhelyezéstől eltérő, az intézmény e célra kijelölt részlegében magasabb színvonalú elhelyezést nyújthat, amennyiben

- a) a többletszolgáltatáshoz szükséges feltételek rendelkezésre állnak,

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

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

39. §

(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 37. § 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,

(5) A részleges térítési díjat külön jogszabály állapítja meg a 37. § a), c), g), h) és j) pontjában foglalt ellátások tekintetében.

(6) A biztosított által a 37. § b), d) és g) pontja alapján fizetendő részleges térítési díj mértéke annak az összegnek a 30 százaléka, ami az adott ellátásért a külön jogszabályban foglaltak szerint a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet felé elszámolható, azzal, hogy a biztosított által fizetendő összeg nem haladhatja meg a külön jogszabályban meghatározott összeget.

4. Cím

Méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

40. §

(1) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet - az E. Alap költségvetésében meghatározott keretek között - méltányosságból

a) a biztosított által részleges térítési díj megfizetése mellett a társadalmi 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 allopatias gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz árához, valamint a méltányosságból már támogatott gyógyászati segédeszköz javítási díjához támogatást nyújthat,

(2) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet méltányosságból a gyógyászati segédeszközök árához a külön jogszabályban foglaltaktól eltérő gyakorisággal támogatást nyújthat.

(3) A méltányossági jogkör gyakorlása nem terjed ki

a) a 37. § b), d)-f) és i) pontjai alapján, valamint

b) a szakmai szempontok figyelembevételével összeállított várólista alapján

igénybe vehető ellátásokra,

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

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

5. Cím

Külföldön történő gyógykezelés

41. §

(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 24-26 §-okban, továbbá a 27. § (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 Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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 24-26. §-okban, továbbá a 27. § (1) bekezdésében meghatározott valamely egészségügyi szolgáltatást, továbbá sürgősségi betegszállítást indokoltan vesz igénybe harmadik állam területén lévő tartózkodási helyén, a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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 költségeinek 85 százalékát a társadalmi egészségbiztosító megtéríti.

(6) Amennyiben a biztosított - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosultakat - EGT tagállam területén a 23. § (1) bekezdésének *b)* és *c)* pontjaiban, a 24. § (1) bekezdésében és a 25. § *a)* és *b)* pontjaiban meghatározott egészségügyi szolgáltatást nem a Közösségi rendelet alapján vesz igénybe, a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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 a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézettől.

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

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

(10) Amennyiben a biztosított valamely EGT tagállam területén ellátást vesz igénybe, a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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 Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet által kibocsátott Európai Egészségbiztosítási Kártyát (a továbbiakban: EU-Kártya), illetve az azt helyettesítő nyomtatványt a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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.

42. §

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

III. Fejezet

A TÁRSADALMI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSAIRA VALÓ IGÉNY ÉRVÉNYESÍTÉSE

43. §

(1) A biztosított - a (2) bekezdésben foglaltak figyelembevételével -

a) az árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető ellátásokra való jogosultságát

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

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

(4) A Tbj. szerint biztosított, továbbá egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy az egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez - ha jogszabály eltérően nem rendelkezik - a TAJ számát igazoló okmányt köteles bemutatni.

(5) A 41. § (1) és (2) bekezdése szerinti ellátások költségeinek megtérítése iránti igényt legkésőbb a hazaérkezést követő harminc napon belül, a 41. § (6) bekezdése szerinti ellátások költségeinek megtérítése iránti igényt pedig a hazaérkezést követő tizenöt napon belül kell a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetnél bejelenteni.

(6) Az utazás költségéhez nyújtott pénzbeli támogatás iránti igényt a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézethez kell benyújtani.

(7) A 42. § szerinti utazási költséghez nyújtott támogatás iránti, valamint a 41. § (1) és (2) bekezdéseiben említett ellátások költségeinek megtérítése iránti igény elbírálására a 85. § rendelkezéseit megfelelően alkalmazni kell. A 41. § (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.

(9) Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való jogosultság a biztosítási jogviszonynak, illetve a Tbj. 16. § (1) bekezdés *a)-o)* és *s)* pontjaiban meghatározott jogosultsági feltételeknek a megszűnését követően további 45 napig fennmarad. Ha a biztosítási jogviszonynak vagy a Tbj. 16. § (1) bekezdés *a)-o)* és *s)* pontjai szerinti jogosultsági feltételek fennállásának az időtartama 45 napnál rövidebb volt, akkor a megszűnést követően az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való jogosultság ezen időtartammal hosszabbodik meg.

IV. Fejezet

A TÁRSADALMI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KERETÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK

Szerződéses kapcsolatok

44. §

(1) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet az egészségügyi szolgáltatások nyújtására a többidőtávú, összehangolt egészségi, szolgáltatási, gazdasági terv alapján és annak megvalósítása érdekében - a szolgáltatási többletkapacitás befogadásra, feleslegessé vált kapacitás megszüntetésre és a finanszírozási szerződésekre vonatkozó kormányrendeletben részletezett eljárási rend szerint - 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 Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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 Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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.

45. §

A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet szerződést köthet a gyógyszer forgalomba hozatalára jogosulttal, a gyógyászati segédeszközt forgalomba hozóval, illetve a gyógyászati ellátást nyújtóval az árhoz nyújtott támogatással forgalmazható termék és ellátás áráról, mennyiségéről, minőségi követelményéről, illetve a felek által lényegesnek ítélt egyéb kérdéssről.

46. §

(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) az egészségügyi szakellátásra történő beutalásra jogosult, a táppénzfizetés alapjául szolgáló keresőképeség 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 34. § (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,

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

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

(3) A finanszírozási szerződés mellékletét képezi

a) az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedély,

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

másolata,

c) az egészségügyi szolgáltató nyilatkozata arról, hogy van-e a 44. § (1) bekezdése szerinti lejárt esedékességű köztartozása,

d) az egészségügyi dokumentáció vezetésének rendjéről szóló tájékoztató,

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

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

(5) Az egészségügyi szolgáltató köteles bejelenteni

a) ha a működési engedélyét módosították,

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

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

(7) Az egészségügyi szolgáltató köteles bejelenteni a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetnek, ha köztartozása esedékességének időpontja lejárt, illetve ha lejárt esedékességű köztartozásában változás következik be.

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

47. §

(1) A nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosával a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet - 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 az 53. § (5) és (7) bekezdése alapján került felmondásra, az 53. § (5) bekezdése esetében a felmondástól számított egy év, az 53. § (7) bekezdése esetében a felmondástól számított két év már eltelt.

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

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

a) az orvos szakorvosi szakképesítését,

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

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

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

(4) A támogatással történő rendelésre jogosító szerződés mellékletét képezi az orvos nyilatkozata arról, hogy

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

b) rendelkezik-e a gyógyszer- vagy gyógyászati segédeszköz gyártó, forgalmazó, nagykereskedő korlátolt felelősségű társaságban, részvénytársaságban többségi befolyást biztosító tulajdoni hányaddal, vagy

c) tagja-e ilyen tevékenységet folytató közkereseti társaságnak, betéti társaságnak, illetve egyéni vállalkozóként folytatja-e a megjelölt tevékenységek valamelyikét.

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

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

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

48. §

(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 47. § (3) bekezdésének *c)* pontjában foglaltakat.

(2) A szerződés mellékletét képezi

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

b) a kiszolgáltató, forgalmazó nyilatkozata arról, hogy van-e a 44. § (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 46. § (6)-(7) bekezdésében foglaltakat értelemszerűen kell alkalmazni.

49. §

(1) A gyógyászati ellátás szolgáltatójával kötött szerződésben meg kell határozni

- a) az ellátás nyújtására és elszámolására vonatkozó rendelkezéseket, valamint
- b) a 47. § (3) bekezdésének c) pontjában foglaltakat.

(2) A szerződés mellékletét képezi

- a) a gyógyászati ellátás végzésére jogosító - külön jogszabály szerinti - engedély másolata,
- b) a szolgáltató nyilatkozata, amelyben vállalja, hogy az ellátás nyújtásához kapcsolódó - külön jogszabályban meghatározott - feltételeket folyamatosan biztosítja,
- c) a szolgáltató nyilatkozata arról, hogy van-e a 44. § (2) bekezdésének c) pontja szerinti lejárt esedékességű köztartozása.

(3) A gyógyászati ellátás szolgáltatójának tekintetében a 46. § (6)-(7) bekezdésében foglaltakat értelemszerűen kell alkalmazni.

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

50. §

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

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.

51. §

(1) Az egészségügyi szolgáltató a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközzeitől elkülönítetten kezeli. A finanszírozás keretében járó összegnek legfeljebb 10%-a engedményezhető.

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

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

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

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

(7) Ha a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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 szerződés teljesítésének ellenőrzése

52. §

(1) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet folyamatosan nyomon követi, elemzi, értékeli, hogy a hosszabb időtávú, összehangolt egészségi, szolgáltatási- és gazdasági terv megvalósításaként megkötött szolgáltatási szerződések végrehajtása eredményeként teljesült-e a terv. Az ellenőrzött időszakra vonatkozó tervtől való eltérések elemzésének eredményeit a terv aktualizálásakor fel kell használni és ennek alapján kell a szerződéseket megkötni,

illetőleg a már megkötött szerződéseket módosítani. E szerződéseket kizárólag e terv alapján lehet megkötni, vagy módosítani.

(2) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet ellenőrzi az egészségügyi szolgáltatás nyújtására kötött szerződés teljesítését, különös tekintettel az érintett egyének és közösségek egészségi állapotának változására és a szolgáltatások egészségi állapotra vonatkozó hatásaira és végeredményére vonatkozóan.

(3) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet jogosult a szolgáltatásokhoz szükséges személyi és tárgyi feltételek vizsgálatára, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentumokba és az elszámolás alapjául szolgáló nyilvántartásokba való betekintésre, a külön jogszabályban foglaltak szerint a biztosított vizsgálatára, a biztosított ellátása orvosszakmai indokoltságának felülvizsgálatára, valamint a (3) bekezdésben foglaltak ellenőrzésére.

(4) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet ellenőrzi a finanszírozott egészségügyi szolgáltatások elszámolási rendjét, az elszámolások valódiságát, a folyósított pénzeszközök felhasználásának pénzügyi szabályszerűségét és elkülönítését.

(5) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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 47. § alapján jogosult orvos az ellenőrzést végző személy rendelkezésére bocsátja az érintett biztosítottra vonatkozó, az ellenőrzés lefolytatásához szükséges egészségügyi dokumentációt.

(6) 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.

(7) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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.

(8) Amennyiben gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére jogosult orvos az ellenőrzés során megállapított jogosulatlan rendelés tényét vitatja, akkor a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetnél a jogosulatlan rendeléssel érintett személlyel történő adategyeztetést kezdeményezhet, amelyre az 56. §-ban foglaltakat értelemszerűen alkalmazni kell.

(9) Amennyiben a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet az (1)-(8) bekezdés szerinti ellenőrzés során a szakmai előírások be nem tartását állapítja meg, erről tájékoztatja a szakmai felügyeletet ellátó szervet.

(10) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet az (1)-(8) bekezdésekben foglalt ellenőrzések során a 44. § és a 46-48. §-ok szerinti szerződések alapján, mint szerződő fél jár el.

53. §

(1) Az egészségügyi szolgáltató megtéríti

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

aa) a finanszírozási szerződésben nem szereplő ellátást,

ab) más forrásból megtérülő ellátást,

ac) el nem végzett ellátást,

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

számolt el, vagy

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

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

(2) Az (1) és (8) bekezdés, illetőleg a 46. § (5) bekezdése és az 51. § (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 47. § szerinti szerződés alapján jogosult orvos a rendelésre vonatkozó jogszabályokban foglalt előírások megszegésével rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegét megtéríti.

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

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

(6) Amennyiben a 47. § (4) bekezdése szerinti nyilatkozatban meghatározott jogviszonyban álló, illetve tulajdoni hányaddal rendelkező orvos által - az ezen nyilatkozatban foglaltakkal érintett termékkör tekintetében - szándékosan jogosulatlanul rendelt és kifizetett támogatás összege a tárgyhónapban meghaladja a (4) bekezdés szerinti összeget, a támogatással történő rendelésre való jogosultságot - a (3) és (9) bekezdésben foglaltak mellett - legfeljebb 2 évre fel kell függeszteni.

(7) Amennyiben a 47. § (4) bekezdése szerinti nyilatkozatban meghatározott jogviszonyban álló, illetve tulajdoni hányaddal rendelkező orvos által - az ezen nyilatkozatban foglaltakkal

érintett termékkör tekintetében - szándékosan jogosulatlanul rendelt és kifizetett támogatás összege egy éven belül meghaladja a (4) bekezdés szerinti összeg ötszörösét, a (3) és (9) bekezdésben foglaltak mellett a támogatással történő rendelésre jogosító szerződést fel kell mondani.

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

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

(10) Az (1), (3), (8) és (9) bekezdések, valamint a 46. § (5) és az 51. § (6) bekezdése szerinti követelés összege után a jegybanki alapkamat kétszeresét kell fizetni.

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

(12) Amennyiben az 52. § (3) bekezdés szerinti ellenőrzés során megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltató a kiállított elszámolási nyilatkozatot - önhibájából - a biztosítottnal nem íratta alá, akkor az adott ellátás után járó finanszírozási összegnek csak 90 százalékára jogosult. A teljes finanszírozási összeg korábbi kifizetése esetén annak 10 százalékát az egészségügyi szolgáltató visszatéríti.

54. §

(1) Gyógyszer támogatással történő kiszolgáltatásának, illetve gyógyászati segédeszköz támogatással történő forgalmazásának ellenőrzése során a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet vizsgálja

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,

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

(2) Gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtásának az ellenőrzése során a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet az (1) bekezdés *c)-d)* pontjában foglaltakat vizsgálja.

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

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

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

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

a támogatással történő kiszolgáltatásra, forgalmazásra, illetve ellátás nyújtására jogosító szerződést a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet felmondja. Az érintett kiszolgáltatóval, forgalmazóval és az ellátás nyújtójával, illetve ezek jogutódjával új szerződés a felmondástól számított egy évig nem köthető.

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

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

a) a kiszolgáltatás, forgalmazás, ellátásnyújtás jogcímét,

b) a gyógyszer-kiszolgáltatás gyógyszerkeret összegéig terjedő mértékét,

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

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

(8) Amennyiben a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök forgalmazására jogosult személy a külön törvényben és annak felhatalmazása alapján kiadott rendeletben foglalt, a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök reklámozására és ismertetésére vonatkozó szabályokat megszegi, úgy - az eljáró hatóság

kezdeményezésére - a támogatással történő forgalmazást legfeljebb egy év időtartamra fel kell függeszteni.

55. §

Ha a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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

56. §

(1) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet összesíti az egészségügyi szolgáltatóknál és forgalmazóknál vezetett hiteles dokumentációk és a rendelkezésére álló adatok alapján a biztosított által a társadalmi egészségbiztosítás terhére igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokat.

(2) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet - az adatvédelemre vonatkozó jogszabályi rendelkezések figyelembevételével - a biztosítottnál a személyes adatokra és az egészségügyi adatokra vonatkozóan adategyeztetést kezdeményezhet.

(3) Az adategyeztetésen a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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, a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet az adott egészségügyi szolgáltatást elrendelő, illetve az azt nyújtó egészségügyi szolgáltatónál rendelkezésre álló, a vitatott szolgáltatással kapcsolatos valamennyi dokumentációt ellenőrzi.

(5) Az adategyeztetés során a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet az 52. § (3)-(4) és (6) bekezdésben foglaltak figyelembevételével jár el.

V. Fejezet

AZ TÁRSADALMI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS PÉNZBELI ELLÁTÁSAI

Általános rendelkezések

57. §

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

(2) Az, aki egyidejűleg gyermekgondozási segélyre, gyermeknevelési támogatásra (a továbbiakban együtt: gyermekgondozási támogatás) és az (1) bekezdés szerinti ellátásokra is

jogosult, választása szerint csak az egyik ellátást veheti igénybe, kivéve azt a személyt, aki gyermekgondozási támogatás igénybevétele mellett munkát vállal és keresőképtelenségére tekintettel táppénzre vagy baleseti táppénzre jogosult.

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

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

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

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

58. §

(1) A társadalmi 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

59. §

(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.

60. §

(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.

61. §

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

(2) A terhességi-gyermekágyi segély alapjául szolgáló jövedelem naptári napi átlagát a 71. § (1) és (2) 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 pénzügyi egészségbiztosítási járulék alapját képező jövedelme a minimálbér kétszeresét nem éri el, a tényleges jövedelmet kell figyelembe venni.

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

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

Gyermekgondozási díj

62. §

(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 anya, 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) Az 57. § (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) 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.

63. §

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.

64. §

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.

65. §

(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 71. § (1)-(2) 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 tárgyévra érvényes összeghatár figyelembevételével január 1-jei időponttól újra meg kell állapítani.

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

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

Táppénz

66. §

(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.

67. §

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) az a szülő, nevelőszülő és helyettes szülő, aki tizenkét évesnél fiatalabb beteg gyermekét ápolja;
- e) aki fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásban betegségének megállapítása vagy gyógykezelése miatt részesül;
- f) 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.

68. §

(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 keresőképesség elbírálására az egészségügyi szolgáltató finanszírozási szerződésben nevesített orvosa és a keresőképesség elbírálására jogosító szerződést kötött orvos jogosult.

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

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

69. §

(1) Táppénz a keresőképtelenség tartamára jár, legfeljebb azonban

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

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

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

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

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

(2) Az (1) bekezdésben foglaltaktól eltérően a biztosított, ha részére külön törvény rendelkezése szerint betegszabadság jár, a 67. § *a)* és *f)* pontjában említett keresőképtelenség esetében táppénzre legkorábban a betegszabadságra való jogosultság lejártát követő naptól jogosult.

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

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

a) tizennyolc éves kora előtt válik keresőképtelenné, vagy

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

70. §

(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 keresőképeséget elbíráló orvos utasításait nyilvánvalóan nem tartja be, illetőleg a gyógyulását tudatosan késlelteti.

71. §

(1) 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.

(2) Ha a biztosított a (1) 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 [69. § (7) bek.] megszakítása esetén a táppénz alapjaként a megszakítást megelőző jövedelmet nem lehet figyelembe venni.

(3) Ha a biztosított az (1)-(2) bekezdésben (irányadó időszakban) táppénzalapként meghatározott jövedelemmel nem rendelkezik, táppénzét - a (4) 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.

(4) Ha a biztosítottak azért nem volt az (1)-(2) 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 (3) bekezdés szerint megállapított összegnél kedvezőbb.

(5) A naptári év folyamán ismételen 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 az (1)-(2) bekezdésben foglaltak alapján állapították meg.

(6) A táppénz alapjaként figyelembe vehető, az (1) bekezdésben meghatározott jövedelem naptári napi átlagának kiszámítására vonatkozó részletes szabályokat a Kormány állapítja meg.

(7) 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.

72. §

(1) Amennyiben a biztosítási jogviszonya megszűnését követően táppénzre jogosult egészségi állapota alapján várható, hogy a 69. § (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 keresőképességét elbíráló orvos a táppénzre való jogosultság lejártá előtt legalább 15 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.

73. §

(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 71. §-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

74. §

(1) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet - 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. A társadalmi egészségbiztosítási szerv a biztosítási jogviszony megszűnését követő 45 napon át járó táppénz folyósítását legfeljebb 45 nappal méltányosságból meghosszabbíthatja.

(2) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet méltányosságból a biztosítottat indokolt esetben segélyben részesítheti.

VI. Fejezet

*BALESETI ELLÁTÁS**Üzemi baleset és foglalkozási megbetegedés*

75. §

(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.

76. §

(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 keresőképesse 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.

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

77. §

(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 társadalmi egészségbiztosítás baleseti ellátásaira nem jogosult.

*Baleseti egészségügyi szolgáltatás***78. §**

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

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

(3) A biztosított térítésmentesen jogosult az üzemi balesetével közvetlenül összefüggő, a 37. § c) pontjában meghatározott fogászati ellátásra.

*Baleseti táppénz***79. §**

(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.

80. §

(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 79. § (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 járadék

81. §

(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 82. § (1) bekezdés a) pontja szerinti baleseti járadékot megállapították.

82. §

(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.

83. §

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

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

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

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

(5) A havi átlagkereset megállapításánál

- a) a nyugdíjjárulék alapját képező keresetet kell figyelembe venni,
- b) a figyelembe vett keresetet nem kell csökkenteni a magánszemélyek jövedelemadó-jával (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.

84. §

(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.

VII. Fejezet

A PÉNZBELI ELLÁTÁSOKKAL KAPCSOLATOS IGÉNY ÉRVÉNYESÍTÉSE

Általános rendelkezések

85. §

(1) A társadalmi egészségbiztosítási pénzbeli ellátásokat szóban vagy írásban, a külön jogszabályban meghatározott igazolások benyújtásával lehet igényelni.

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

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

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

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

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

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

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

(9) 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

86. §

(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) egyéb esetben a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet

bírálja el és folyósítja.

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

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

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

87. §

(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 Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetnél 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***88. §**

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

(2) Ha a baleseti ellátásra jogosultság szempontjából szükséges, a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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) Az üzemi baleset megállapításáról szóló határozatot meg kell küldeni a biztosítottnak, a kezelő orvosnak, továbbá a keresőkép telenséget elbíráló orvosnak.

89. §

(1) Az üzemi balesettel összefüggésben társadalmi 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 78. § (3) bekezdésében foglalt fogászati ellátásért a biztosított által kifizetett térítési díjat a megállapítást követően, a biztosított kérelmére a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet, vasutas dolgozók esetén a vasutas egészségbiztosítási szerv soron kívül megtéríti.

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

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

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

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

VIII. Fejezet

*FELELŐSSÉGI SZABÁLYOK**Visszafizetési és megtérítési kötelezettség***90. §**

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

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

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

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

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

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

(7) Az a személy, aki EU-Kártyával vagy az azt helyettesítő nyomtatvánnyal, valamint a közösségi rendelet szerinti egyéb nyomtatvánnyal úgy vett igénybe egészségügyi szolgáltatást valamely EGT tagállamban, hogy a 15-17. §-ok és a 20. § alapján nem volt jogosult annak igénybevételére, köteles az egészségügyi szolgáltatás E. Alapot terhelő költségeit megtéríteni.

91. §

(1) A foglalkoztató köteles megtéríteni az üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedések miatt felmerült társadalmi 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.

92. §

(1) Aki a társadalmi egészségbiztosítási ellátásra jogosult betegségéért, keresőképtelenségéért, munkaképesség-csökkenéséért vagy haláláért felelős - kivéve a 91. §-ban meghatározott esetet -, köteles az emiatt nyújtott társadalmi 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 90. § (3)-(6) bekezdése, a 91. § és az (1)-(2) bekezdés alapján megállapított 5000 forintot meg nem haladó megtérítési kötelezettség esetén a megtérítésre irányuló eljárást nem kell lefolytatni.

(4) A 90. § (1), (2) és (4) bekezdése alapján megállapított, 1000 forintot meg nem haladó visszafizetési kötelezettség esetén a visszafizetésre irányuló eljárást nem kell lefolytatni.

93. §

(1) A 91-92. §-ok alapján megtérítésre kötelezett a ténylegesen megállapított és folyósított társadalmi egészségbiztosítási ellátásért, valamint a társadalmi egészségbiztosítás keretében igénybe vett, finanszírozott egészségügyi szolgáltatásért felelős. A megtérítés összege nem csökkenthető azért, mert az ellátásban részesülőt egyéb címen is megilletné társadalmi egészségbiztosítási ellátás.

(2) A 90. § (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 91-92. §-ok alapján megtérítésre kötelezettet a megtérítésre előírt összeg után a Ptk.-ban meghatározott kamatfizetési kötelezettség terheli. Nem kell a kamatot megfizetni, ha az érintett az eljárásról való tudomásszerzésével egyidejűleg a felelősségét írásban elismeri, és nyilatkozatát a követelés teljes kiegyenlítéséig fenntartja.

(4) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet jogosult a 91-92. §-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 a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet részére, hogy a döntés alapjául szolgáló iratokba betekinthesse és arról másolatot készíthesse. A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet megkeresésére a kért iratok másolatát az érintett szerv 30 napon belül megküldi a megkereső részére.

94. §

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 az 56. § alapján lefolytatott eljárást követően írásban kötelezték.

*Az ellátások késedelmes kifizetése***95. §**

Ha a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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***96. §**

(1) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet a követelését

a) a 90. § szerinti visszafizetésre kötelező határozattal, illetőleg megtérítésre kötelező fizetési meghagyással,

b) a 91-92. §-ok szerinti megtérítésre kötelező fizetési meghagyással,

c) a 94. § szerinti megtérítésre kötelező határozattal

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

(2) A 90-92. §-on alapuló követelés a felvett ellátás kifizetésétől, illetőleg az egészségügyi vagy baleseti egészségügyi szolgáltatás igénybevételétől számított öt éven belül, míg a 94. §-on alapuló követelés a gyógyszerhez, gyógyászati segédeszközhez vagy gyógyászati ellátáshoz nyújtott támogatás igénybevételétől számított három éven belül érvényesíthető. Ha a követelésre alapot adó magatartás a bíróság jogerős ítélete szerint bűncselekmény, a 90-92. §-on alapuló követelés öt éven túl, a 94. §-on alapuló követelés pedig három éven túl is érvényesíthető mindaddig, amíg a büntethetőség el nem évül.

(3) A jogalap nélkül felvett pénzbeli ellátás és baleseti táppénz visszafizetésére kötelező határozatot az a szerv hozza, amely az ellátást folyósította. A 90. §-on alapuló megtérítésre kötelező fizetési meghagyást a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet, vagy a vasutas egészségbiztosítási szerv hozza. Ez utóbb említett igazgatási szerv rendelkezik hatáskörrel a visszafizetésre kötelező határozat kiadására is, ha a visszafizetési kötelezettség mellett a foglalkoztató vagy egyéb szerv (személy) megtérítési kötelezettsége is megállapítható.

(4) A 91. §-on alapuló, fizetési meghagyást a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet, vagy a vasutas egészségbiztosítási szerv hozza.

(5) A 92. §-on alapuló fizetési meghagyást és a 94.§-on alapuló határozatot a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet hozza.

97. §

(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 Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet által a kötelezett bankszámlája ellen benyújtott azonnali beszedési megbízás eredménytelen, a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet 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 társadalmi 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

98. §

(1) A magánszeméllyel szemben jogalap nélkül felvett, illetőleg igénybe vett ellátás visszatérítése, illetőleg megtérítése címen fennálló követelést a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet méltányosságból mérsékelheti, elengedheti, vagy részletfizetést engedélyezhet.

(2) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet méltányosságból a kirótt kamatot, késedelmi pótlékot, illetve mulasztási bírságot mérsékelheti, elengedheti vagy részletfizetést engedélyezhet.

99. §

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

IX. Fejezet

JOGORVOSLAT

Visszavonás, módosítás

100. §

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.

Illeték- és költségmentesség

101. §

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

Határozat bírósági felülvizsgálata

102. §

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

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

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

103. §

A biztosított keresőképesse nyilvánítása miatt panasszal fordulhat az orvosszakértői szervhez. E bizottság döntése ellen jogorvoslatnak helye nincs.

104. §

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

X. Fejezet

NYILVÁNTARTÁSI ÉS ADATSZOLGÁLTATÁSI KÖTELEZETTSÉG

105. §

(1) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet, valamint a társadalombiztosítási feladatokat külön jogszabály vagy megállapodás alapján ellátó munkáltatók és egyéb szervek természetes személyről adatokat a társadalmi egészségbiztosítás többidőtávú, összehangolt egészségi, szolgáltatási, gazdasági tervezési rendszere, e tervezési rendszerrel kapcsolatos elemzési és ellenőrzési feladatainak ellátása, továbbá a társadalmi egészségbiztosítás pénzügyi ellátásai, illetőleg a társadalombiztosítási feladatot ellátó szervek hatáskörébe utalt más ellátások megállapítása, folyósítása és ellenőrzése céljából TAJ-számon, társadalombiztosítási folyószámlaszámon, illetőleg nyugdíjfolyósítási törzsszámon tarthat nyilván.

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

- a) személyazonosító adatok (név, leánykori név, anyja neve, születési hely, év, hónap, nap),
- b) családi állapot, állampolgárság, eltartott hozzátartozó és élettárs esetén a hozzátartozói minőség,
- c) lakóhely (tartózkodási hely),
- d) foglalkozás, munkahely, munkakör, tevékenység,
- e) a társadalmi egészségbiztosítási ellátások megállapításához szükséges egészségügyi adatok,
- f) jövedelemre vonatkozó adatok.

(3) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet nem társadalombiztosítási feladatokat ellátó szerv és természetes személy részére adatot csak törvény, illetve törvény felhatalmazása alapján - a felhasználás céljának és jogalapjának egyidejű megjelölésével - jogszabályban meghatározott módon szolgáltatathat.

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

106. §

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

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

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

107. §

(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 a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet által meghatározott esetben és módon mágneses adathordozón (mágneslemez, mágnesszalag stb.) is teljesíthető.

(2) A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet felhívására a társadalombiztosítási feladatok ellátásához szükséges adatokat tizenöt napon belül kell közölni.

(3) Az ellátásban részesülő - ha a jogszabály kivételt nem tesz - köteles a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetnek bejelenteni minden olyan tényt, 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.

108. §

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

XI. Fejezet

MÓDOSULÓ JOGSZABÁLYOK

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása

109. §

(1) Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) valamennyi érintett rendelkezésében a „*beteg*” szövegrész helyébe az „*egészségügyi ellátást igénybevevő személy*” szövegrész lép.

(2) Az Eütv. valamennyi érintett rendelkezésében a „*lakosság*” szövegrész helyébe a „*népesség*” szövegrész lép.

110. §

Az Eütv. 1. §-ának a helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„1. § E törvény célja

a) elősegíteni az egyén és ezáltal a népesség egészségi állapotának javulását, az egészséget befolyásoló feltétel- és eszközrendszer, valamint az annak kialakításában a Kormány és valamennyi közreműködő feladatainak meghatározásával,

b) hozzájárulni a társadalom tagjai esélyegyenlőségének megteremtéséhez az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésük során,

c) megteremteni annak feltételeit, hogy minden ember megőrizhesse emberi méltóságát és önazonosságát, önrendelkezési és minden egyéb joga csorbítatlan maradjon,

d) az egészségpolitika meghatározásának és végrehajtásának, valamint az ezzel kapcsolatos ellenőrzési tevékenységek kötelezettségének előírásával lehetővé tenni az egyéni és a közösségi érdekek harmonikus érvényesülését, a mindenkori népegészségügyi célok elérését, a szükséges erőforrások előteremtését, optimális felhasználását és az egészségtudományok fejlődését.

e) meghatározni - a szolgáltatók jogállásától és az ellátások fedezetétől függetlenül - az egészségügyi szolgáltatások általános szakmai feltételeit, színvonalának garanciáit,

f) megteremteni az egészségügyi dolgozók és a szolgáltatást nyújtó intézmények védelmét jogaik és kötelezettségeik meghatározásával, valamint az egészségügyi szolgáltatás sajátos jellegéből fakadó garanciális jellegű intézkedésekkel.”

111. §

Az Eütv. 3. §-ának helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„3.§ E törvény alkalmazásában

1. *beteg*: a gyógyító, rehabilitációs és gondozási ellátást igénybevevő, vagy abban részesülő személy;

2. *kezelőorvos*: a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, illetve orvosok, akik a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartoznak;

3. *egészségügyi dolgozó*: az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személy;

4. *az egészségpolitika*: az egészséges élethez való alapvető emberi jogot érvényesíti az egészségkultúra egészére kiterjedve, az emberek egészségi állapotát befolyásoló tényezők azonosításával és nyomon követésével, az adott körülmények között elérhető legjobb egészségi állapotot megcélzó döntésekkel és intézkedések tervszerű megvalósításával;

5. *az egészségi ellátás*: az egészségkultúra egészére kiterjedő valamennyi szakpolitikát érintő tevékenységek összessége;

6. *az egészségpolitikát meghatározó és megvalósító munka*: céljait rögzített módszertan alapján kitűző és megvalósító, eredményeit egészségnyereségben mérő folyamatos tevékenység;

7. *az egészségnyereség*: a társadalmi egészségbiztosítás ellátásairól szóló ... törvény (továbbiakban: Teb.) 11. § e) pontjában meghatározott fogalom;

8. *az egészségnyereség mérése*: az egészségnyereség minden esetben az egyén szintjén az egészségi állapot kedvező változásában jelentkezik, az egyéni és közösségi egészségnyereség egyéni és statisztikai indikátorokkal egyaránt mérendő, amelyek meghatározása a Kormány és a társadalmi egészségbiztosítás együttes feladata;

9. *az egészségi szükséglet*: a Teb. 11. § d) pontjában meghatározott fogalom;

10. *az egészségi szükségletkommunikáció*: a Teb. 11. § k) pontjában meghatározott fogalom;

11. *az egészségi kockázat*: a Teb. 11. § f) pontjában meghatározott fogalom;

12. *a közcélú egészségi kockázatkezelés*: a Teb. 11.§ g) pontjában meghatározott fogalom;

13. *egészségügyi ellátás*: az emberek adott egészségi állapotához kapcsolódó, egészségügyi szolgáltató, vagy egészségügyi hatóság által nyújtott, illetve biztosított egészség megőrzési, betegség megelőzési, gyógyító, rehabilitációs és gondozási tevékenységek, valamint megelőző, vagy kikényszerítő hatósági intézkedések összessége;

14. *egészségügyi szolgáltatás*: az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddőségételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokat;

15. *egészségügyi szolgáltató*: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet;

16. *egészségügyi intézmény*: a 23. pontban meghatározott egészségügyi szolgáltatók közül

a) a rendelőintézeti járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók (a továbbiakban együtt: gyógyintézet), továbbá

b) az állami mentőszolgálat,

c) az állami vérellátó szolgálat, valamint

d) az egészségügyi hatóság intézetei, amennyiben egészségügyi szolgáltatást is nyújtanak;

17. *egészségügyi hatóság*: az *Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat* (a továbbiakban: *ÁNTSZ*) illetékes szerve;

18. *sürgős szükség*: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne;

19. *veszélyeztető állapot*: az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene;

20. *vizsgálat*: az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek, illetve kockázatok felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása;

a) *szűrővizsgálat*: olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának - ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is - korai felismerése;

b) *diagnosztikai vizsgálat*: az egészségügyi szolgáltatóhoz forduló beteg panasza okának feltárására irányuló vizsgálat;

21. *beavatkozás*: azon megelőző, diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő, továbbá a holttesten végzett vizsgálatokkal, valamint szövetek, szervek eltávolításával összefüggő eljárás;

22. *invazív beavatkozás*: a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat;

23. *életmentő beavatkozás*: sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi tevékenység;

24. *életfenntartó beavatkozás*: a beteg életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészségügyi tevékenység;

25. *egészségügyi dokumentáció*: az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától;

26. *szakképesítés*: az adott tevékenység folytatására jogosító, Magyarországon szerzett, valamint a külföldön szerzett és Magyarországon honosított, illetve elismert, alap-, közép- és felsőfokú szakképzésben, az egyetemi vagy főiskolai szintű alapképzésben, valamint az egyetemi és főiskolai végzettségű egészségügyi dolgozók felsőfokú szakirányú szakképzése során megszerzett szakképzettség;

27. *közeli hozzátartozó*: a Teb. 11.§ t) pontjában meghatározott fogalom;

28. *magyar állampolgár*: a magyar állampolgársággal, illetve külön törvény szerint a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező személy (a továbbiakban: a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező személy), a letelepedett, valamint a bevándorolt jogállású személy, továbbá a külön jogszabály értelmében menekültnek minősülő személy;

29. *korlátozottan cselekvőképés beteg*: akit a bíróság a Ptk. rendelkezéseinek megfelelően általános jelleggel vagy az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá helyezett, valamint az a kiskorú személy, aki a tizenegyedik életévét már betöltötte és nem cselekvőképtelen. Az ilyen személy egészségügyi ellátással kapcsolatos jognyilatkozataira - ha törvény kivételt nem tesz - a Ptk.-ban foglalt szabályok irányadóak;

30. *gazdasági célú letelepedés*: a külföldiek önálló vállalkozóként történő gazdasági célú letelepedéséről szóló 1998. évi LXXII. törvény szabályainak megfelelő letelepedés;

31. *egészségügyi szakma*: a q) pontban meghatározott egészségügyi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) minimumfeltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben;

32. *fenntartó*:

a) költségvetési szerv egészségügyi szolgáltató esetén az alapító okiratban felügyeleti szervként megjelölt állami szerv, helyi önkormányzat vagy önkormányzati társulás,

b) egyházi jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező egyházi egészségügyi szolgáltató esetén az alapító okiratban fenntartóként megjelölt egyházi jogi személy,

c) alapítványi, közalapítványi egészségügyi szolgáltató esetén az alapítvány, közalapítvány,

d) más szervezet egészségügyi szolgáltató egységeként működő gyógyintézet esetén a tulajdonosi jogokat gyakorló szervezet;

33. *EGT-állam*: az Európai Unió tagállama és az Európai Gazdasági Térségről szóló megállapodásban részes más állam, továbbá az az állam, amelynek állampolgára az Európai Közösség és tagállamai, valamint az Európai Gazdasági Térségről szóló megállapodásban nem részes állam között létrejött nemzetközi szerződés alapján az Európai Gazdasági Térségről szóló megállapodásban részes állam állampolgárával azonos jogállást élvez.

112. §

Az Eütv. II. fejezetének címe helyébe a következő cím lép:

„AZ EMBEREK EGÉSZSÉGI ELLÁTÁSRA VONATKOZÓ JOGAI ÉS
KÖTELEZETTSÉGEI”

113. §

Az Eütv. II. fejezetének 1. címe helyébe a következő cím lép:

„Az egyén, a közösség és a társadalom szerepe”

114. §

Az Eütv. 25.§-ának (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(3) Az érintett beteg egészségügyi adatait annak hozzájárulása hiányában is közölni kell, amennyiben ezt

- a) az üzleti célból történő közlés kivételével a törvény elrendeli,
- b) mások életének, testi épségének és egészségének védelme szükségessé teszi.”

115. §

Az Eütv. II. fejezetének 3. címe helyébe a következő cím lép:

„3. Cím

Az egészségi és egészségügyi ellátásban részesültek jogainak érvényesítése”

116. §

(1) Az Eütv. 30. §-át megelőző alcím helyébe „*A betegjogi képviselő*” szövegrész lép, és az alcímet követően az alábbi 29/A. §-sal egészül ki:

„29/A. § A betegjogi képviselő biztosítása állami feladat, amelyet az állam a társadalmi egészségbiztosítás rendszerén keresztül valósít meg.”

(2) Az Eütv. 31. § (3) bekezdése helyébe az alábbi rendelkezések lépnek:

„(3) Amennyiben a beteget a biztosítási jogviszonyával összefüggésben éri joghátrány, a betegjogi képviselő a társadalmi egészségbiztosításnál, illetőleg az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnál eljár.”

117. §

Az Eütv. 35. §-a, és az azt megelőző cím helyébe az alábbi rendelkezések lépnek:

„**EGÉSZSÉGPOLITIKA, NÉPEGÉSZSÉGÜGY**

35. § (1) Az állam az egyének, közösségeik és a társadalom egészére vonatkozóan az egészségi állapot megőrzése, védelme, fejlesztése, betegségek megelőzése, betegségek gyógyítása és az egészségi állapot lehetséges mértékű helyreállítása, krónikus betegek gondozása tekintetében viselt alkotmányos felelősségét és kötelezettségeit az egészségpolitika és az egészségpolitika végrehajtására irányuló intézkedési tervek megfogalmazásával, közzétételével, elfogadtatásával és végrehajtásával valósítja meg. Ezen tevékenységek összessége a népegészségügy, amelynek célja az egyének, közösségeik és a társadalom egésze számára a lehető legnagyobb mértékű egészségnyereség elérése az egészségi állapot javításával..

(2) Az egészségpolitika, a népegészségügy irányát, tudományos módszertani kereteit az Egészségügyi Világszervezet Európai régió országaira vonatkozó irányelvei alapján kell meghatározni, megvalósítani, a végrehajtást ellenőrizni és értékelni.

(3) A népegészségügyi tevékenység körében meg kell határozni az egészség tudományosan megalapozott biológiai és természeti-társadalmi környezeti feltételeit, e környezeti feltételek befolyásolását, az egészség megőrzésének, a betegségek megelőzésének, gyógyításának, az egészségi állapot lehetséges mértékű helyreállításának, a krónikus betegek gondozásának hatékony, hozzáférhető és a lakosság által elfogadható módszereit, valamint az ehhez szükséges intézményrendszer sajátosságait.

(4) A népegészségügyi tevékenység keretében

a) rendszeresen elemezni kell a lakosság egészségi állapotát és az ezt befolyásoló kémiai, fizikai, pszichikai, biológiai, környezeti és társadalmi tényezőket,

b) az elemzés során feltárt adatok alapján értékelni kell az egészségkárosító hatások kockázatát és rangsorolni kell a népegészségügyi feladatokat,

c) ki kell dolgozni a megelőzés és az egészségkárosító hatások csökkentésének módozatait,

d) a feladatok megoldása érdekében környezetegészségügyi programokat, egészségmegőrző, megelőző, gyógyító és rehabilitációs szolgáltatásokat az emberek egészségi állapotából eredő egészségi ellátási szükségletein alapuló egészség-, szolgáltatás-, gazdasági és egyéb feltételek rövid-, közép- és hosszútávú összehangolt tervezési rendszere alapján kell megvalósítani,

e) a szolgáltatásokat hatékonyságuk, hozzáférhetőségük, elfogadhatóságuk, az emberek egészségi állapotából eredő tényleges egészségi szükségleteknek való megfelelésük, valamint a társadalom értékrendjének megfelelő elsőbbségi rangsor és egyéb minőségi jellemzőik szerint rendszeresen értékelni kell. Az értékelés eredményeit rendszeresen érvényesíteni kell az összehangolt egészségi-, szolgáltatási- és gazdasági tervezési rendszerben, valamint a szolgáltatások nyújtásának megszervezése és finanszírozása során.

(5) Az egészséget támogató társadalompolitika céljainak meghatározásánál, valamint a döntések előkészítésénél támaszkodni kell a népegészségügyi tevékenység során feltárt adatokra.

(6) A lakosságot a népegészségügyi helyzetről, a felmerült problémákról, az előidéző tényezőkről, a várható következményekről, a megoldás lehetőségeiről és korlátairól rendszeresen tájékoztatni kell.”

118. §

Az Eütv. 37. §-ának (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) Az egészség védelmének elsődleges eszközei a betegségek és sérülések megelőzése, valamint az egészségi állapot megőrzéséhez, javításához szükséges ismeretek, készségek, képességek átadása az emberek és közösségeik számára.”

119. §

Az Eütv. 42. §-a (3) bekezdésének *ae)*-*af)* pontjának helyébe az alábbi rendelkezések lépnek, egyben a jelenlegi *af)* pont számozása *ag)* pontra változik:

„*ae)* alkohol és a dohánytermékek fogyasztására, illetőleg fogyasztásának elkerülésére, csökkentésére vonatkozó szabályok betartását,

af) kábítószer, egyéb pszichotróp anyagok fogyasztása, alkalmazása tilalmának megvalósulását.”

120. §

(1) Az Eütv. 50. §-ának (1) bekezdése helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„(1) A táplálkozás-egészségügy feladata a lakosság táplálkozási helyzetére, tápláltsági állapotára, a táplálkozás és az egészségi állapot közötti összefüggésekre vonatkozó vizsgálatok végzése, ezek alapján táplálkozási ajánlások kidolgozása, megvalósulásának támogatása.”

(2) Az Eütv. 54. §-ában az „*egészségkárosító*” szövegrész helyébe az „*egészségi*” szövegrész lép.

121. §

(1) Az Eütv. 75. §-ának (1)-(2) bekezdése helyébe az alábbi rendelkezések lépnek:

„(1) A népegészségügyi célokat, az egészségügyi ellátások rendszerét és az egészségügyi szolgáltatások biztosítását összehangolt egészségi-, szolgáltatási- és gazdasági tervezési rendszer alapján kell megvalósítani.

(2) Az egészségügyi szolgáltatások célja, hogy az egészségi ellátási szükségleteknek megfelelő azonos hozzáféréssel és eléréssel hozzájáruljon az egyének, közösségek és a társadalom egésze egészségének megőrzéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, az egészségromlás mérsékléséhez, segítse a megváltozott egészségi állapotú egyének munkába és közösségbe való beilleszkedését.”

(2) Az Eütv. 75. §-a a következő (5) bekezdéssel egészül ki:

„(5) Az egészségügyi ellátások rendszerében az azonos egészségi ellátási szükségletű embereket azonos szakmai tartalommal, hozzáféréssel és eléréssel kell ellátni és ennek megfelelően kell megszervezni az egészségügyi ellátások rendszerét.”

(3) Az Eütv. 76. §-ának (1) bekezdése helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„(1) A progresszív ellátás és az egyenlő hozzáférés elve az egészségügyi ellátás valamennyi szintjén érvényesül.”

122. §

(1) Az Eütv. 83. §-át megelőző címében az „*egyéni*” szövegrész helyébe az „*egészségi*” szövegrész lép.

(2) Az Eütv. 89. §-a (2) bekezdésének *a*) pontja helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„*a*) a 79. § szerinti megelőző tevékenység,”

(3) Az Eütv. 138. §-ának (2) bekezdésében a „*jogszabály*” szövegrész helyébe a „*törvény közérdekből*” szövegrész lép.

123. §

(1) Az Eütv. 141. §-ának (1) bekezdésében az „*állam*” szövegrész helyébe az „*állam alkotmányos kötelezettségeinél fogva*” szövegrész lép.

(2) Az Eütv. 141. §-a (2) bekezdésének *b*) és *d*) pontja helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„*b*) az egyén egészségügyi ellátáshoz való joga gyakorlásához a kötelező társadalmi egészségbiztosítás szervezetének, a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és megyei szerveinek működtetése, fenntartása,”

„*d*) az egészségpolitikai, népegészségügyi cél-, feladat- és eszközrendszer meghatározása és érvényesítése.”

(3) Az Eütv. 141. §-ának (3) bekezdése helyébe az alábbi rendelkezések lépnek:

„(3) Az állam felelőssége körében az állam kötelezettségét képezi különösen

a) az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés alapvető feltételeinek biztosítása, ideértve valamennyi szakpolitikát, kormányzati tevékenységet és ezek egészségi állapotra gyakorolt hatásának elemzését és figyelembevételét is,

b) az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi ellátási kötelezettség és felelősség meghatározása,

c) az egészségpolitika céljait szolgáló összehangolt egészségi-, szolgáltatási és gazdasági tervezési rendszer működtetése és ennek finanszírozási, fejlesztési és információs rendszerének kialakítása, működtetése és fejlesztése,

d) a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszerén keresztül az egészségügyi szolgáltatások tervezésének, megszervezésének és finanszírozásának az emberek és közösségek egészségi állapotából eredő tényleges egészségi ellátási szükségleteknek megfelelő alakítása, ennek folyamatos ellenőrzése, értékelése, ennek alapján a szükséges módosító intézkedések megtétele, továbbá a szükségletek szerinti szolgáltatások igénybevételében az azonos ellátási szükségletű emberek azonos hozzáféréseinek biztosítása,

e) az egészségügyi szolgáltatások szakmai feltételrendszerének meghatározása, ideértve az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítását és ellenőrzését is,

f) az egészségügyi képzés, szakképzés és továbbképzés rendszerének szabályozása, feltételeinek biztosítása,

g) az egészségügyi kutatási tevékenység támogatása, szervezése és koordinálása,

h) az egészséges életmód választásához szükséges ismereteknek az oktatási rendszerbe történő integrálása,

i) az e törvényben meghatározott esetekben a közérdek védelme az egyéni érdekekkel szemben,

j) az egyéni és a társadalmi érdekek összehangolása a ritka, a kiemelkedő költségigényű, illetve az új módszerek és eljárások alkalmazásánál,

k) a katasztrófa-egészségügyi ellátás, a nemzeti vérkészlettel való gazdálkodás,

l) a népegészségügyi és az egészségügyi igazgatási tevékenység feltételeinek biztosítása.”

124. §

(1) Az Eütv. 142. §-ának (1) bekezdése helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„(1) Az állam az egészségpolitikai, népegészségügyi cél-, feladat- és eszközrendszer alapján kidolgozott, több időtávra vonatkozó összehangolt egészségi-, szolgáltatási-, gazdasági tervnek megfelelően a (2)-(5) bekezdésben foglaltak figyelembevételével - az éves költségvetési törvényben meghatározott módon - a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében biztosítja az e terv megvalósításához az adott költségvetési évre vonatkozó egészségügyi ellátások megfelelő szinten és minőségben történő nyújtásának és működésének fedezetét.”

(2) Az Eütv. 142. §-a (2) bekezdésének felvezető szövegrésze helyébe az alábbi szövegrész lép:

„(2) Az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül biztosítani kell a Magyar Köztársaság területén tartózkodó személy részére”

(3) Az Eütv. 142. §-ának (4) bekezdése helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„(4) Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésén keresztül kell biztosítani a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvényben (a továbbiakban: Ebtv.) meghatározott egészségbiztosítási ellátások fedezetét az államháztartásról szóló 1992. évi XXXVIII. törvény Nyugdíjbiztosítási Alapra vonatkozó tervezési előírásai szerint.”

(4) Az Eütv. 142. §-ának (5) bekezdésében a „*biztosítási jogviszony*” szövegrész helyébe a „*társadalombiztosítási jogviszony*” szövegrész lép.

125. §

Az Eütv. 143. §-a helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„143. § Az egészségügy szervezésével és irányításával kapcsolatos feladatok ellátásáért, valamint az ezekkel összefüggő jogok gyakorlásáért és kötelezettségek teljesítéséért való felelősség – az e törvényben foglaltaknak megfelelően – az Országgyűlést, a Kormányt, a

minisztert, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot, a helyi önkormányzatokat, az egészségügyi szolgáltatók további fenntartóit, a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetet terheli.”

126. §

Az Eütv. 145. §-a helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„145. § A Magyar Köztársaság Országgyűlése az egészségüggyel kapcsolatosan:

a) tevékenysége során figyelembe veszi és érvényesíti az emberek egészségének megőrzéséhez fűződő érdekeket és az ehhez rendelt egészségpolitikai célokat,

b) jogalkotási tevékenysége során megköveteli, hogy a jogszabálytervezetek benyújtásakor részletesen elemezzék és mutassák be, hogy a javasolt változás összhangban van az egészségpolitikai, népegészségügyi programmal, valamint indoklásaként elemezzék és mutassák be a javasolt változás egészségkultúrára, népegészségügyre kifejtett hatását, az emberek és közösségek egészségi állapotával kapcsolatosan várható előnyöket, hátrányokat és kockázatokat.

c) évente elfogadja az egészségpolitikát, népegészségügyet tükröző és a központi költségvetés és az E. Alap alapjául szolgáló többidőtávú, összehangolt egészségi-, szolgáltatási- és gazdasági tervet, illetőleg e terv folyamatos értékelése alapján évente érvényesített (aktualizált) változatát, értékeli az abban foglaltak végrehajtását és az emberek egészségi állapotának általános helyzetét.

127. §

(1) Az Eütv. 146. §-a, valamint 146/A-146/B. §-ai hatályukat veszítik.

(2) Az Eütv. 147. §-a helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„147. § (1) A Kormány a 145. § *c)* pontjában meghatározott terv alapján az e terv szerint szükséges fejlesztéseket a Nemzeti Egészségfejlesztési Programban tervezi, és a Nemzeti Fejlesztési Terv forrásaiból fedezi.

(2) A Kormány az egészségügy szervezésével és irányításával összefüggő feladatkörében

a) meghatározza az egészséget támogató kormányzati politika, ezen belül az egészségpolitika elveit, céljait és főbb irányait,

b) irányítja és összehangolja az egészségügyi államigazgatási feladatok végrehajtását,

c) gondoskodik az egészségügyet érintő nemzetközi szerződésekben foglalt kötelezettségek teljesítéséről, illetőleg jogok érvényesítéséről,

d) gondoskodik az e törvény szerint az államot terhelő kártalanítási és megtérítési kötelezettségek teljesítéséről,

e) katasztrófa [225. § (2) bekezdés] esetén gondoskodik a veszély elhárításához szükséges feltételek biztosításáról, továbbá ellátja az annak elhárítását célzó tevékenységek általános irányítását.

(3) A Kormány a külön törvényben foglaltaknak megfelelően törvényességi felügyeletet gyakorol az egészségbiztosítási szervek tevékenysége felett.”

128. §

(1) Az Eütv. 149. §-a (2) bekezdésének c) pontja helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„c) a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet főigazgatója.”

(2) Az Eütv. 149/A-149/E. §-ok hatályukat veszítik.

(3) Az Eütv. 150. § (1) bekezdés a) pontja helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„a) ellátja a többidőtávú, összehangolt egészségi-, szolgáltatási és gazdasági terv által meghatározott ágazati feladatokat,”

(4) Az Eütv. 150. §-a (1) bekezdésének f) pontja helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„f) az országos tisztifőorvoson keresztül irányítja az Állami Népegészségügyi és Tisztifőorvosi Szolgálatot;”

129. §

Az Eütv. 151. §-a helyébe az alábbi rendelkezés és az azt megelőző cím lép:

„Az Állami Népegészségügyi és Tisztifőorvosi Szolgálat feladatai

151. § (1) Az Állami Népegészségügyi és Tisztifőorvosi Szolgálat központi és területi szervei ellátják a népegészségügy, valamint az egészségügyi szakigazgatás és koordináció körében az e törvényben, továbbá más jogszabályokban meghatározott állami feladatokat és hatásköröket.”

(2) Az ÁNTSZ szervezetéről és működésének főbb szabályairól külön törvény rendelkezik.”

130. §

Az Eütv. 154. §-a és az azt megelőző cím helyébe az alábbi rendelkezések lépnek:

„A társadalmi egészségbiztosítási intézmény szervezetének a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetnek és megyei szerveinek feladatai

154. § A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és megyei szervei a külön törvényben foglaltaknak megfelelően:

a) részt vesz az egészségpolitikát, népegészségügyet meghatározó többidőtávú, összehangolt egészségi-, szolgáltatási- és gazdasági tervezésben;

b) biztosítja az egészségi ellátási szükségleteknek megfelelő kapacitások, ellátások és szolgáltatások megfelelő időben történő lekötését, illetőleg a szükséges kapacitások befogadását, az ellátási szükségletekkel nem alátámasztható kapacitások finanszírozásának megszüntetését, valamint

c) a teljesített és ellenőrzött szolgáltatás finanszírozását.”

131. §

(1) Az Eütv. 156/A. §-a helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„156/A. § (1) Az Egészségügyi Fejlesztési Előirányzat (a továbbiakban: EFE) a Nemzeti Fejlesztési Tervvel, az Európai Unió által meghatározott fejlesztési irányokkal összhangban lévő egészségügyi fejlesztések támogatását szolgáló fejezeti kezelésű előirányzat.

(2) Az EFE az Egészségügyi Fejlesztési Előirányzat Központi részéből (a továbbiakban: központi rész) és az Egészségügyi Fejlesztési Előirányzat Regionális részéből (a továbbiakban: regionális rész) áll.

(3) A központi rész felhasználása kizárólag a NEP-pel összhangban

a) kormányzati projektek támogatására,

b) az egészségpolitika regionális fejlesztési programjaiban szereplő fejlesztések, átalakítások, rekonstrukciók finanszírozására,

c) az Európai Unió strukturális alapjaiból megszerezhető forrásokhoz szükséges önrész kiegészítésére történhet.”

(2) Az Eütv. 156/B. §-a helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„156/B. § (1) A központi rész forrásainak felhasználásáért a miniszter felel. A központi részben a 156/A. § (3) bekezdésének *b)*-*c)* pontjaiban meghatározott célokat szolgáló források elosztása pályázati úton történik. Lehetőség van a pályázott összeg egészének vagy egy részének vissza nem térítendő támogatás formájában történő átadására is.

(2) A pályázatok rangsorolása, illetve elbírálása során azokat a pályázatokat kell előnyben részesíteni, amely további pályázat útján elnyerhető források megszerzéséhez rendelkezésre álló önrész kiegészítését, valamint az ellátás szakmai szerkezetének átalakítását szolgálják.

(3) A pályázati eljárás részletes szabályait a miniszter rendeletben határozza meg.”

(2) Az Eütv. 156/D. §-a (1) bekezdésének *a)* pontja helyébe az alábbi rendelkezés lép:

„*a)* törvény eltérő rendelkezése hiányában az állam tulajdonában lévő egészségügyi célt szolgáló ingatlanok értékesítéséből származó bevétel,”

XII. Fejezet

ÁTMENETI RENDELKEZÉSEK

132. §

(1) A társadalmi 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 a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet a rendelkezésére álló társadalombiztosítási nyilvántartások alapján szolgáltatja a Központi Statisztikai Hivatal részére.

ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

133. §

(1) E törvény a kihirdetését követő hónap első napján lép hatályba.

(2) E törvény hatálybalépésével egyidejűleg hatályát veszti a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről szóló 2006. évi CXVI. törvény.

(3) Felhatalmazást kap a Kormány, hogy a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet által előterjesztett javaslat alapján rendeletben határozza meg

1. a finanszírozási szerződések megkötésének és az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának részletes szabályait,
2. a keresőképesség elbírálásával kapcsolatos eljárás rendjét,
3. 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 szabályokat,
4. a külföldön történő gyógykezelés feltételeit és elszámolási rendjét,
5. a beutaló nélkül igénybe vehető szakellátások, a beutalásra jogosult orvosok körét és a beutalási rendet,
6. az utazási költségekhez nyújtott támogatás mértékét és módját,
7. 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 értékhatárt,

8. a kizárólag baleseti egészségügyi szolgáltatás igénybevételére jogosultságot megalapozó üzemi balesetek körét,
9. a szolgálati viszonyban álló személyek, valamint egyes meghatározott tevékenységet végző személyek és a fogvatartottak egészségügyi szolgáltatás igénybevételére vonatkozó szabályait,
10. a pénzbeli ellátások, továbbá a baleseti ellátások megállapítására - ideértve a munkaképesség-változás minősítésének eljárási szabályait is - és folyósítására vonatkozó részletes szabályokat,
11. a kifizetőhellyel nem rendelkező munkáltatóknak a táppénz igénybejelentésével kapcsolatos kötelezettségeit, továbbá a kifizetőhelyeknek a terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj, a táppénz, a baleseti táppénz megállapítására, folyósítására és elszámolására vonatkozó feladatait,
12. a foglalkoztatóknak és egyéb szervezeteknek az egészségbiztosítási ellátások megállapításához szükséges nyilvántartási és adatszolgáltatási feladatait,
13. az eltartott hozzátartozók jövedelemszámítási szabályait,
14. a részleges térítési díjak megállapítási módszerét, az egyes díjtételek képzésénél számításba vehető költségelemeket, valamint a díjak befizetésére és elszámolására vonatkozó szabályokat,
15. az egészségbiztosítást érintő hatásköri és eljárási szabályokat,
16. a gyógyszerek árához nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatást nyújtók számára folyósítható előleg feltételeit és folyósítása szabályait,
17. az egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásra történő befogadásának alapelveit és feltételrendszerét,
18. 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 szabályokat,
19. az 53. § (1) bekezdése szerinti megtérítésre vonatkozó részletes szabályokat,
20. az egészségügyi ellátás keretében társadalombiztosítási támogatással kiszolgáltatható gyógyászati segédeszközök körét és az ezek kiszolgáltatására jogosult egészségügyi szolgáltatók körét,
21. a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás árához nyújtott társadalombiztosítási támogatás elszámolására és folyósítására vonatkozó szabályokat,
22. az Európai Egészségbiztosítási Kártya érvényességi idejét és kibocsátásának szabályait,
23. a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályait.

24. a támogatott gyógyászati ellátások körét, az árukhoz nyújtott támogatás alapját és mértékét,
25. a társadalombiztosítási támogatással kölcsönözhető gyógyászati segédeszközök körét, valamint a kölcsönzési díjhoz nyújtott támogatás alapját és mértékét,
26. a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának és a támogatás mértéke megállapításának szempontrendszerét,
27. a biztosítottak a gyógyászati segédeszköz ára után járó támogatás betegségtől függő keretösszegben történő megállapítására vonatkozó szabályokat.
28. a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokat,
29. a szűrővizsgálatok igazolására vonatkozó rendelkezéseket,
30. 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,
31. a meddőség kezelésére vonatkozó rendelkezéseket,
32. a szanatóriumi ellátásokat,
33. a betegszállításra jogosító kúraszerű kezeléseket,
34. a várólistasorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeit, továbbá a várólista adatainak honlapon történő közzétételére vonatkozó szabályait,
35. a beutalás szakmai szabályait,
36. az egyes egészségügyi szolgáltatások körébe tartozó beavatkozásokat,
37. a gyógyászati ellátások körébe tartozó szolgáltatásokat,
38. a munkaképesség-változás minősítésének szakmai szabályait,
39. a finanszírozás alapjául szolgáló homogén betegségcsoportokat és azok súlyszámértékét,
40. a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó beavatkozási csoportokat és azok pontértékét,
41. a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás rendelésének szakmai követelményeit,
42. a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásainak rendelésére vonatkozó szabályokat,
43. az egészségügyi szolgáltatók által kiállított igazolások kiadási rendjét,
44. az anyatejellátásra való jogosultság feltételeit,
45. az anyatejellátás szakmai és közegészségügyi követelményeit,

46. az anyatej társadalombiztosítási támogatás alapjául szolgáló literenkénti árát, valamint a támogatás elszámolási módját,

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

48. a gyógyászati segédeszközök forgalmazásának, javításának, kölcsönzésének szakmai követelményeit,

49. az egyes gyógyászati segédeszközök egészségügyi ellátás keretében történő kiszolgáltatásának szakmai feltételeit,

50. a gondozóintézeti gondozás szakmai szabályait,

51. szenvedélybetegségek esetén a társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető rehabilitációs ellátások körét.

52. a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokat.

(2) 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.

INDOKOLÁS

Általános indokolás

Számos társadalmi szervezet közreműködésével született meg jelen törvényjavaslat, amely az egészségbiztosításra vonatkozó – a Kormány által benyújtott indítványhoz képest - alternatív javaslatot tartalmaz. Az egészségbiztosítás privatizációja ellen tiltakozó, tüntető szervezeteknek és a mögöttük álló, céljaikkal egyetértő polgárok millióinak a valódi társadalmi egészségbiztosításra, az egészségbiztosítás privatizációjának megakadályozására vonatkozó kívánságát tükrözi. A már korábban nyilvánosságra hozott tervezetről eddig egyetlen politikai erő sem volt hajlandó tárgyalni, így a Fidesz – Magyar Polgári Szövetség és a Kereszténydemokrata Néppárt a társadalmi akaratnak eleget téve 2007 decemberében nyújtotta be, változatlan formában a hozzá eljuttatott javaslatot, hogy arról az Országgyűlés végre tárgyalhasson. Sajnos az Országgyűlés a társadalmi ellenállás ellenére sem foglalkozott ezzel a javaslattal. 2007. december végén a Magyar Köztársaság Elnöke nem értett egyet a törvény megalkotásának módjával, ezért a törvényt megfontolásra visszaküldte az Országgyűlésnek. A Kormány által elfogadni szándékozott törvény súlyosan sérti a társadalmi érdekeket, ezért a Fidesz – Magyar Polgári Szövetség és a Kereszténydemokrata Néppárt ismételt benyújtja az alternatív törvényjavaslatot.

Az egészségben maradásunk, gyógyulásunk a tartós betegségeink gondozása céljából évszázadok alatt alakult ki a társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszer, amit a járulékainkból, adónkból tartunk fenn. Létünk szempontjából alapvető évszázados intézményünkre törvényeket alkottunk, amelyek megújítása időszerűvé vált.

E megújítási munkának, mint minden törvény-előkészítésnek tudományosan megalapozottnak kell lennie. A társadalmi egészségbiztosítás és az egészségügyi törvény megújításának alkalmazott tudományos háttere a közcélú egészségi kockázatértékelés és kezelés elvén, gyakorlatán alapuló egészségkultúra fejlesztés. A társadalmi egészségbiztosítás és az egészségügyi intézményrendszer működésének megújítására vonatkozó – a Javaslat kidolgozó alkotóközösség által végzett – alkalmazott kutatás összefoglalására széleskörű, tudományos megvitatás és egyeztetés után 1999-ben került sor. A publikálás a „Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián, Egészségügy Magyarországon (Budapest, 2001. MTA)” kiadványban történt meg.

A társadalmi egészségbiztosítás rendszerfejlesztési javaslata 2006. júliusában került közreadásra, majd ez év őszén megtörtént a publikálása és – a Magyar Orvosi Kamara és a Semmelweis Egyetem közös rendezésében megtartott – nemzetközi konferencián való megvitatása.

A társadalmi egészségbiztosítási törvény és az egészségügyi törvény széleskörűen egyeztetett megújításának megalapozottságát több évtizedes tudományos és gyakorlati munka jelenti. E Javaslat szerves folytatását jelenti a társadalmi egészségbiztosítás kiépítése rendszerváltáskor eldöntött és megkezdett - de különböző politikai okokból sajnálatos módon többször megtört-folyamatának.

A társadalmi egészségbiztosítási törvény és az egészségügyi törvény ezzel összhangban történő módosításának kidolgozása, és ezek egy törvényben való összefoglalása azért is vált sürgetővé, mert ez jelenti a megoldást a magyar egészségügy problémáira. E problémák közül a legkiemelkedőbbek: az ellátásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségei, az emberek egészségi állapotának indokolatlan és elkerülhető egyenlőtlenségei, a kimagaslóan rossz megbetegedési és halálozási mutatók, az ellátási szükségletek elvileg is végtelen és a rendelkezésre álló források elvileg is véges voltából eredő feszültségek kezelésének rendezetlensége, továbbá egy átfogó, többidőtávra kiterjedő és állami felelősséget jelentő

egészségpolitika, népegészségügy hiánya, az egészségügyi szolgáltatások és a tényleges egészségi ellátási szükségletek közötti összhang hiánya, valamint az egészségügy alapfeladatai közül az egészségmegőrzéssel, a betegség megelőzéssel, a folyamatos gondozással és a rehabilitációval kapcsolatos feladatok elhanyagolása stb. A jelenleg fennálló rendszer és szabályozás egyik legsúlyosabb szemléletbeli hibája és legnagyobb hiányossága – amelyből számos jelenleg tapasztalható működési zavar és probléma eredeztethető-, hogy egy olyan kárkezelő rendszert határoz meg, amely alapvetően a már bekövetkezett megbetegedésekre koncentrál. E rendszert kell átalakítani egy korszerű, a társadalom egészére kiterjedő egészségi kockázatkezelő rendszerré, amely egyben a rendszer hosszú távú fenntarthatóságának, stabilitásának is egyik előfeltétele a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszerének megerősítése, stabilizálása mellett.

A jelenleg hatályos törvények értékeinek megtartásával, e törvényekre való alapozással, az intézményrendszer folyamatos működésének fenntartása érdekében a szabályozás alapját az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, és az egészségbiztosításról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény jelentik. E Javaslat elkészítése a társadalmi egészségbiztosítás mintegy 20 éve megkezdett felépítésének folyamatába szervesen illeszkedő lépés

E két, a Javaslat szempontjából kiindulást jelentő törvényt egy korszerű, a társadalom egészére kiterjedő egészségi kockázatkezelést megvalósító, az egységes szervezetű, nemzeti kockázatközösségen alapuló szolidaritáselvű társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszer megerősítése, stabilizálása szempontjai szerint változtatja meg. Ugyanakkor, éppen az intézményrendszer működésének és az ellátás folyamatosságának, biztonságosságának fenntartása miatt az e két, kiindulási alapot jelentő törvény egyes speciális szabályozási területekre, ellátási formákra stb. vonatkozó részeit (pl. alapellátás, üzemegészségügyi ellátás, fekvő- és járóbeteg-szakellátás, védőnői szolgálat, szervtranszplantáció stb) érintetlenül hagyja, azzal, hogy a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszerének stabilizálása, megerősítését követő években, a rendszer szerves és stabil fejlődésének és kiteljesedésének időszakában lesznek majd az e területeken esetlegesen szükségessé váló változtatások beazonosíthatóak és szakszerűen kiérlelhetőek. Az eredeti törvények ezen részeit tehát nem érintik a Javaslat változtatásai.

A Javaslat a társadalmi egészségbiztosítással és intézményrendszerével kapcsolatosan – e szakma szabályainak megfelelően- az alapelvekből, az ezekből következő célokból vezeti le az intézményrendszer által megvalósítandó funkciókat és kívánatos működést, és ebből kiindulva foglalkozik a szervezettel, szervezetre vonatkozó szabályokkal.

Megjegyzendő, hogy a társadalmi egészségbiztosítás új szabályozási rendszerében a társadalmi egészségbiztosítási ág tekintetében is a társadalombiztosítás egészére vonatkozó, „A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint az e szolgáltatások fedezetéről” szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Tbj) szabályozza a biztosítottak körét, a járulékfizetésre kötelezetteket, a járulékok alapját, mértékét, valamint a járulékfizetéshez kapcsolódó bejelentési, bevallási, nyilvántartási, befizetési, behajtási feladatokat. Más szóval a jelenlegi Javaslatnak nem célja és nem tárgya a Tbj. által szabályozott, fenti kérdések módosítása, megváltoztatása, mert ez sem függ össze közvetlenül a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszerének szervezeti és módszertani stabilizálásával, illetőleg az intézményrendszer mára elodázhatatlanná vált megerősítésével, megújításával. Ebből eredően a jelen Javaslat a jelenlegi járulékszintek melletti igazságosabb és hatékonyabb működés alapjainak megteremtésével foglalkozik.

A Javaslat a társadalmi egészségbiztosítási és egészségügyi intézményrendszer kiteljesedését eredményező új alapelveket vezet be:

- Az egészségpolitika, népegészségügyi célok meghatározásának és végrehajtásának kötelezettsége az egészségkultúra egészére kiterjedően;

- A társadalmi egészségbiztosítást az emberek, a társadalom hozta létre és tartja fenn, így az embereket, közösségeiket és a társadalom egészét szolgálja, működése elsődlegesen az emberek, közösségek és a társadalom egészének egészségére irányul, a gazdálkodása ezzel összehangoltan történik;

- A társadalmi egészségbiztosítás intézményének, intézményi működésének egységessége, zártsága, átláthatósága és a társadalom részéről történő irányítása és ellenőrzése;

A társadalmi egészségbiztosítási és az egészségügyi intézményrendszer céljai az egészségpolitikai, népesedéspolitikai célkitűzésekre épülnek. E tekintetben a Javaslat egyik fontos célja az egészségpolitika meghatározásának és végrehajtásának, valamint az ezzel kapcsolatos ellenőrzési tevékenységek kötelezettségének előírásával lehetővé tenni az egyéni és a közösségi érdekek harmonikus érvényesülését, a mindenkori népegészségügyi célok elérését, a szükséges erőforrások előteremtését, optimális felhasználását és az egészségtudományok fejlődését. Ez azt is jelenti, hogy szakítva az elmúlt 2 évtized gyakorlatával a Javaslat értelmében az egészségpolitikai, népegészségügyi célkitűzéseket nem egy elkülönült ún. népegészségügyi programban kell meghatározni, és e program elkülönült – és az E-alaphoz viszonyítva jelentéktelen- költségvetéséből megvalósítani, hanem az egészségre, egészségügyre elköltött teljes éves ráfordítás kell, hogy maradéktalanul az egészségpolitikai, népegészségügyi célok megvalósítását kell, hogy szolgálja, más szóval az egyik alapvető változtatás, hogy a teljes E-alap felhasználását az egészségpolitikai, népegészségügyi céloknak kell alárendelni, ennek részleteit pedig a többidőtávú, összehangolt egészségi-, szolgáltatási- gazdasági tervezés részeként kell meghatározni.

A teljes mértékben kialakult egészségügyi és társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszer működésének alapja az összehangolt egészségi, szolgáltatási és gazdasági tervezés, ami többidőtávú: rövid táv 3-5 év, közép táv 30-40 év (generációváltás), hosszú táv 70-80 év (generáció élettartam)

A társadalmi egészségbiztosítás megerősítéseként, fejlesztéseként a jelenlegi Országos Egészségbiztosítási Pénztárt egy Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetté kell fejleszteni, amelynek így új nevében is tükröződik, hogy az Európai Unió tagállamok nemzeti hatáskörben tartott egészségügyi közfinanszírozási, közszolgáltatási nemzeti alapintézményéről van szó, amely mint ilyen megfelelő védeltséget kell élvezzen és nem tartozik az EU versenyjogi szabályozásának a hatálya alá.

A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet országos hatáskörű szerv, az Egészségbiztosítási Alap kezelője, önálló jogi személyiségű megyei szerveivel egységes intézményrendszer. A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és igazgatási szervei: nemzeti szinten egységes, szolidaritásalapú, társadalmi kockázatközösséget fenntartó, tervszerűen folyamatosan fejlesztett, közcélú egészségi kockázatok értékelő és kezelő társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszer, amely társadalmi kontroll mellett átláthatóan, elszámoltathatóan végzi tevékenységét.

A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet tevékenységét a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Önkormányzat felügyeli, amelynek tagjait (oldalanként 7-7 fő) az Országos Érdekegyeztető Tanács munkavállalói oldala, munkaadói oldala és az egészségbiztosításért felelős miniszter jelölése alapján az Országgyűlés választja. Megbízatásuk időtartama 6 év.

Tekintettel arra, hogy a jelenlegi OEP Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetté történő fejlesztésével, szervezeti megerősítésével, továbbá magas szintű – Országgyűlés alá rendelt - felügyeletével, a társadalmi kontroll megteremtésével jelentősen megváltozik a társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszer szerepe, helyzete, feladatai, okafogyottá válik a jelenlegi ún. Egészségbiztosítási Felügyelet létezése. (a kiegészítő magán egészségbiztosításokat és az önkéntes kölcsönös egészségpénztárakat a PSZÁF ellenőrzi, felügyeli).

E változtatások – azaz az intézményrendszer függetlenítése a mindenkori kormánytól és a társadalmi kontroll megteremtése- azért szükségesek, mert

- az elmúlt években bebizonyosodott, hogy a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszerének a mindenkori kormány alá történő rendelése azzal járt, hogy hosszú távú, többidőtávot átölő szakmailag megalapozott és koherens, szakmai értelemben vett egészségpolitika és népegészségügy célkitűzései helyett rövid távú, és szakmai értelemben nem értelmezhető politikai szempontok érvényesültek a társadalmi egészségbiztosítás működtetésében – ad hoc döntések mentén történő kézi vezérléses jellegű módszerekkel.

- az elmúlt években ugyanakkor az is bebizonyosodott, hogy annak ellenére, hogy az 1998 előtti időszak ún. TB önkormányzataival számos jogos kritika megfogalmazható volt (ezek egy része szintén a megalapozott és szakmailag értelmezhető egészségpolitika hiányára vezethető vissza), a nem jól működő korabeli TB önkormányzatok felszámolásával megszűnt a társadalmi egészségbiztosítás társadalmi kontrollja, társadalom általi elszámoltathatósága, védettsége és stabilitása. Az elmúlt évek anomáliái, az intézményrendszer mostanra történt ellehetetlenülése – többek között erre is vezethető vissza. Az E. Alap költségvetéstől történt elkülönítésére többek között azért került sor a rendszerváltás időszakában, mert a társadalmi egészségbiztosítás járuléka nem a kormány adóbevételeinek részét képező a kormány által „szabadon felhasználható források”, hanem olyan források, amelyet a munkavállalók és munkáltatóik a Tbj. szabályai szerint az emberek egészségi ellátása finanszírozási fedezeteként fizetnek be. Ezért indokolt mind a társadalmi kontroll megteremtése, mind pedig az, hogy e kontrollt a mindenkori kormány képviselői mellett a járulékfizetők, azaz a munkáltatók és munkavállalók szervezetei által delegáltak lássák el.

A társadalmi egészségbiztosítás, mint a közcélú egészségi kockázatkezelés és mint az egészségügyi közfinanszírozás alapintézménye semmilyen módon nem keveredhet üzleti célokkal, vállalkozásokkal.

Az intézmény zártságának az elve: A társadalmi egészségbiztosítás közcélú egészségi kockázatkezelést végez, intézménye a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és megyei szervei, amelyek egy egységes zárt szervezetű intézményt alkotnak. Az intézmény zártságának megfelelően a társadalmi egészségbiztosítás pénzügyi alapját (E-alap), alapjának kezelését, felhasználását önállóan végzi. Külső üzleti vállalkozás, illetőleg non-profit külső szervezet semmilyen formában nem vehet részt olyan tevékenységben, amely a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és megyei szerveinek a társadalmi egészségbiztosítás pénzügyi alapjának felhasználását, a közcélú egészségi kockázatkezeléssel kapcsolatos közfinanszírozási funkcióit érinti, ideértve különösen bármely egészségi ellátásszervezői, ellenőrzési, biztosítási és ezzel összefüggő informatikai, ügyviteli tevékenységet. Az intézmény zártságának elve kizárja a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és megyei szerveinek részvételét az előzőekben említett tevékenységeket végző bármely tevékenységet folytató vállalkozásokban, non-profit szervezetekben, továbbá üzleti célú biztosításban, üzleti célú ellátásszervezési vállalkozásban, önkéntes kölcsönös egészségpénztárakban, valamint ilyen szervezetekkel, vállalkozásokkal történő közös szervezet, vállalkozás alapításban, valamint kizárja ilyen szervezetek, vállalkozások tulajdonszerzését a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetben és megyei szerveiben.

A fenti, a finanszírozói oldal zártságát, üzleti szempontoktól, céloktól történő védettségét, a társadalmi egészségbiztosítás és az üzleti egészségbiztosítás bármilyen módon történő keveredését kizáró szabály azért igen fontos, mert tudományosan igazolt és számos nemzetközi példa által a gyakorlatban is bizonyított tény, hogy az egészségügy finanszírozói oldalán az üzleti érdek, az üzleti célok, az üzleti egészségbiztosítás saját szakmai és üzleti racionalitásából eredő működés alapvetően ellentétes mindazon össztársadalmi célokkal, amelyek megvalósítása érdekében az emberek járulékaikon keresztül fenntartják és finanszírozzák a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszerét. Az egészségügy

finanszírozásában az üzleti szempontok megjelenése nem a társadalmilag kívánatos és a társadalmi egészségbiztosítás létezésének okát is jelentő egészségnyereség maximalizálással összefüggő célok és optimumok követéséhez, hanem az üzleti nyereség maximalizálását eredményező célok és optimumok követéséhez és realizálásához vezet. Ezért, nem utolsósorban okulva az elmúlt 2 évtized ezzel kapcsolatos negatív tapasztalataiból, elkerülhetetlen, hogy a kötelező járulékokból fenntartott, közcélú egészségi kockázatkezelést és egészségügyi közfinanszírozást végző társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszeréből mindenféle üzleti érdek, üzleti szempont érvényesülésének lehetősége kizárásra kerüljön és az összes finanszírozási, közpénzekből finanszírozott egészségi szolgáltatással kapcsolatos ellátásszervezési funkció, a társadalmi egészségbiztosítás egységes zárt szervezetű intézményrendszerének a kizárólagos feladata kell, hogy legyen. Ennek megfelelően a Javaslatból törlésre kerültek az ún. irányított betegellátási modellre vonatkozó rendelkezések is, mert e tekintetben az ún. irányított betegellátási Modell ilyen, a társadalmi intézményrendszer egységességét és zártágát megbontó szerveződés.

A törvényben meghatározott többidőtávú, összehangolt egészségi- szolgáltatási- és gazdasági terv határozza meg adott időszakra vonatkozóan az egészségpolitikai, népegészségügyi célok megvalósításához szükséges szolgáltatásokat, fejlesztéseket és azok fedezetét. Járulékból, adóból, illetőleg Európai Unió forrásból kizárólag e terv szerint finanszírozhatóak egészségügyi szolgáltatások, fejlesztések mégpedig a terv fedezetét jelentő E-alapon keresztül.

E rendelkezés a társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszer zártágának az elve szempontjából is fontos. Ha adott, nagy tökeigényű fejlesztések, kapacitás-fejlesztésekről szóló döntések, illetőleg a létrejövő többletkapacitások befogadása nem az összehangolt egészségi- szolgáltatási- gazdasági tervezési rendszer részeként születnek, akkor az ily módon létrejövő többletkapacitások veszélyeztethetik a többidőtávra szóló egészségpolitikai, népegészségügyi célok megvalósítását, mert a működés és a szolgáltatások finanszírozására rendelkezésre álló források egy részét „kényszerpályára” terelik. E megfontolás miatt a Javaslat törli a kiindulási alapot jelentő egészségügyi és egészségbiztosítási törvényből a „Regionális Egészségügyi Tanácsokat” (RET), mert az ő egységes egészségpolitikától, népegészségügyi céloktól és az összehangolt egészségi- szolgáltatási és gazdasági rendszertől független döntéseik feltöredezik az egységes egészségpolitikát, veszélyeztetik az egészségpolitikai, népegészségügyi célok megvalósítását – u.i. nem biztosított és nem biztosítható az, hogy fejlesztési döntéseik összhangban legyenek mindezen célokkal, így az egészségügyi szolgáltatásokra fordítható források egy jelentős részét kényszerpályára terelhetik. Ezért a megszüntetendő Regionális Egészségügyi Tanácsok Regionális Fejlesztési Tervekkel, EU forrásokkal kapcsolatos feladatai a társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszeréhez kerülnek.

A többidőtávú összehangolt egészségi-, szolgáltatási és gazdasági terv arra a módszertanra, eljárási rendre, gördülő tervezés és visszacsatolásos módszertanra utal, amely révén a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézmény az egészségpolitikai, népegészségügyi célok megvalósításával kapcsolatos döntéseit meghozza, értékeli és az értékelés alapján szükség esetén módosítja. Ez az az eljárás, módszertan, amelyen keresztül a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet felméri, értékeli az emberek egészségi állapotát, annak változásait, meghatározza az egészségi ellátási szükségleteket, ennek alapján a szükséges szolgáltatásokat és azok költségigényét, majd mindezt egy átlátható, elszámoltatható, nyilvános és a társadalom valós értékrendjének megfelelő prioritizálási mechanizmussal összehangolja az adott időszakban rendelkezésre álló forrásokkal.

A társadalmi egészségbiztosítás összehangolt, többidőtávú tervezési rendszerét három összefüggő döntéshalmaz: az egészségterv, a szolgáltatások terve, és a pénzügyi gazdálkodási terv, mint tervezési részrendszer alkotja.

A tervezési, modellezési rendszer részeként a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet országosan reprezentatív mintán az emberek egészségi állapotának folyamatos megfigyelését végzi. Folyamatosan elemzi és értékeli az egészségügyi ellátások igénybevételére vonatkozó adatait. E célból létrehozza, rendszeresen karbantartja az egységes társadalmi egészségbiztosítási indikátorrendszert.

Összhangban az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének „Egészséget Mindenkinek a 21-ik Századra” című dokumentumával, amelyhez hazánk is csatlakozott, az egészséggel kapcsolatos többszektörű felelősségre és elszámoltathatóságra vonatkozó alapcélkitűzés megvalósítása érdekében a Javaslat előírja az ún. „egészség hatáselemzést”. Ennek lényege, hogy: az egészségpolitikai, népegészségügyi prioritásoknak megfelelően minden egyes, bármely ágazat közösséget érintő intézkedése esetében meg kell vizsgálni, hogy az adott intézkedésnek van-e, és ha igen akkor milyen hatása van az egészségre, továbbá minden egészségpolitikai, népegészségügyi célkitűzés és intézkedés várható hatását modellezni kell. Egészségmonitorozási rendszerrel értékelni kell a megtett intézkedések egészségi állapotra gyakorolt hatását, ennek alapján kell aktualizálni a többidőtávú, összehangolt egészségi-, szolgáltatási és gazdasági tervet, és meghatározni a további intézkedéseket, a terv teljesüléséről évente beszámolót kell készíteni az Országgyűlés számára.

E tervezési rendszer egy rugalmas, visszacsatolási mechanizmusokkal működő, nagymértékben önszabályozó rendszert jelent, azaz az egyes döntések, intézkedések hatásait folyamatosan értékeli az emberek egészségi állapotának változása alapján és szükség esetén elvégzi a megfelelő módosításokat. Ily módon, a társadalmi egészségbiztosítás döntései szakmailag megalapozottá, kiszámíthatóvá válnak és e rendszer e tekintetben az intézményrendszer stabilizálásának, megerősítésének egyik fontos eszköze is egyben, mert szakmai, módszertani eljárásainál fogva kizárja a politikai szempontú ad hoc jellegű és szakmailag nem megalapozott döntéseket, ha úgy tetszik a kézi vezérlés lehetőségét.

A társadalmi egészségbiztosítás megerősítése, stabilitása szempontjából fontos rögzíteni, hogy a társadalmi egészségbiztosításban a tervezési, működtetési időtávok a következők: rövid táv: 3-5 év, középtáv: 30-40 év (generációváltás), a hosszú táv: 70-80 év (generációélettartam). A többidőtávú összehangolt egészségi- szolgáltatási és gazdasági tervezési rendszer ezen időtávokra tervez, e terveket aktualizálja az egészségi állapot változására vonatkozó információk és az éves költségvetés figyelembe vételével az elérhető egészségnyereség maximalálása érdekében.

Ez a módszer biztosítja a társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszer egyik legfontosabb alapelveinek az érvényesülését, nevezetesen azt, hogy: A társadalmi egészségbiztosítás erőtartalékot és pénztartalékot gyűjt, azzal gazdálkodik. Az erőtartalék az emberek egészsége, vagyis korukhoz illő aktivitásuk, munkaképességük. A pénztartalék egészségügyi célú tartalékot jelent. Ez az alapelv megkívánja a vezetési, tervezési, működtetési rendszerek egészségi és gazdasági irányultságát, valamint a két értékrendszer harmonikus összekapcsolását

A Javaslatban az erőforrás-felhasználás hasznosulásának maximalizálási elve, arra utal, hogy: a korlátozottan rendelkezésre álló erőforrások és eszközök felhasználását az egészségpolitikai, népegészségügyi célok és prioritások meghatározásával a többidőtávú, összehangolt egészségi- szolgáltatási és gazdálkodási tervezési rendszerben kell tervezni, annak érdekében, hogy az erőforrások és eszközök felhasználása az elérhető legnagyobb egészségnyereséget eredményezze. Az egészségnyereséget és az erőforrás-felhasználást a hasznosulás értékelésekor össztársadalmi szinten kell meghatározni.

Az egészségügyi szolgáltatási kapacitások lekötését, többlet kapacitások befogadását, feleslegessé vált kapacitások lekötésének felmondását, új orvostechnológiák (ideértve gyógyszer), eljárások befogadását, a szolgáltatói szerződések végrehajtásának ellenőrzését az erőforrás-felhasználás hasznosulásának maximalizálási elve alapján kell rendszeresen

elvégezni a többidőtávú, összehangolt egészségi-, szolgáltatási és gazdasági tervezés részeként.

Megjegyzendő, hogy minden olyan esetben szükségessé válik a javak, szolgáltatások optimális elosztásának tervezése, amikor a piaci és versenymechanizmusok –információs hibák, információs asszimetriák és számos piaci hiba miatt—nem működnek, illetőleg nem vezetnek társadalmilag optimális eredményre. Az egészségügy finanszírozási oldala pedig az a terület, ahol számos és igen súlyos információs hiba és piaci hiba miatt egyáltalán nem tud működni sem a piac, sem a verseny. Ezért szükséges az összehangolt, egészségi, szolgáltatási és gazdasági tervezés rendszerének bevezetése, alapvető szabályainak törvényi rögzítése.

Az ellátás minőségének folyamatos fejlődése érdekében a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet, mint a közfinanszírozású egészségbiztosítási közszolgáltatások kizárólagos szervezője és finanszírozója az ellátás biztonságossága és folyamatossága fenntartásával szabályozott szolgáltatói piacot hoz létre. A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet a szolgáltatások szakmai tartalma, minősége, elérhetősége, hatékonysága, bekerülési költsége alapján azonos elbírálással közvetlenül szerződik a szolgáltatókkal és tulajdonosaikkal, fenntartóikkal függetlenül a szolgáltató gazdálkodási formájától és tulajdonosi szerkezetétől.

Számos nemzetközi példa igazolja, hogy ha az egészségügy finanszírozását egy jól szervezett, megfelelően működő, megfelelő szabályozási, irányítási, ellenőrzési, informatikai stb. kapacitással rendelkező egységes, egyszerűsített társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszer végzi, akkor kizárólagos közfinanszírozói szerepénél fogva a lehető leghatékonyabban tud kialakítani egy olyan szabályozott és ellenőrzött szolgáltatói versenyt, amelyben az egészségügyi szolgáltatók közötti ilyen értelemben vett szabályozott és ellenőrzött verseny végső soron az emberek jobb minőségű ellátásához és a költséghatékonyság növekedéséhez vezet.

Megjegyzendő, hogy önmagában egy ilyen értelemben vett, a szabályozott szolgáltatói verseny és a privatizáció között semmiképpen sem lehet egyenlőségjelet vonni. Nagy-Britanniában, a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat esetében jól látható, hogy egy egységes állami egészségfinanszírozás mellett, túlnyomórészt köztulajdonú egészségi szolgáltatók között is jól működik a szabályozott szolgáltatói verseny. Ugyanakkor az is közismert, hogy pl. Kanadában, ahol szövetségi államonként létezik egy-egy monopol helyzetű állami egészségügyi közfinanszírozó, szinte minden egészségügyi szolgáltató privát szolgáltató, de a szabályozott és ellenőrzött szolgáltatói verseny miatt e domináns módon magán egészségügyi szolgáltatókon alapuló egészségügyi szolgáltatói rendszer teljesítménye, az emberek egészségi állapotjelzőit, a rendszer költségszintjét, a szolgáltatások színvonalát, minőségét, szakmai tartalmát, a hozzáférést stb. tekintve semmivel sem rosszabb, mint az európai országos társadalmi egészségbiztosítási, vagy állami finanszírozású rendszereié. Azaz jól látható, hogy az egészségügy össztársadalmi célokkal összhangban történő működése szempontjából nem a szolgáltatók tulajdoni viszonyai, hanem az egységes társadalmi egészségbiztosítás (vagy állami finanszírozás) megléte, továbbá ennek stabilitása, megfelelő működése, valamint irányítási, ellenőrzési, szabályozási és egyéb adminisztratív és informatikai kapacitásai a meghatározóak.

A fentiek fényében azért is indokolt a szolgáltatói oldali szabályozott és ellenőrzött versenyről rendelkezni, mert látni kell, hogy a rendszerváltás óta Magyarországon számos magán szolgáltató jelent meg az egészségügy szolgáltatói oldalán, jelenleg az egészségügyi kiadások igen jelentős része alapvetően privát szolgáltatónál köt ki. E forrástömeg és szolgáltatók egy jelentős része nem látható, mert alapvetően állami, önkormányzati tulajdonú intézmények alvállalkozóiként jelennek meg, ún. „közreműködői szerződések” alapján.

Mindez nagyságrendileg a következőket jelenti: ha az E-alap évi 1500- 1600 milliárdos költségvetéséből levesszük a pénzbeli ellátásokat (kb. 400 milliárd Ft), majd a maradék 1100-

1200 milliárdból levesszük a gyógyszerkasszát (gyógyszergyártókhoz meg), a gyógyászati segédeszözöket, a gyógyszertárakat, a túlnyomórészt mára már privat alapellátást, akkor marad kb. 600 milliárd Ft. Ennek durván 30%-a (200 milliárd Ft) közvetlenül privat szolgáltatóhoz kerül (pl.: képalpító diagnosztika, CT, MR, PET-CT, művese állomások stb). A maradék 400 mrdFt látszólag állami, önkormányzati intézményhez kerül, de még a legóvatosabb becslések szerint is e források mintegy fele (min 200 milliárd Ft), valójában közreműködői szerződések, vagy egyéb jogtechnikai megoldások révén privat szolgáltatóhoz kerülnek.

Mindez egy gyakorlatilag nehezen átlátható, szabályozatlan szolgáltatói piacot és versenyt jelent de facto, amely számos esetben (az anyaintézménynél a közreműködői szerződés alapján ott maradó források miatt) alapvetően oda vezet, hogy szabályozatlan és a közfinanszírozó által nehezen átlátható és ellenőrizhető módon, az indokoltnál magasabb költségszinten történik a szolgáltatások nyújtása, pusztán csak azért, mert egy rosszul értelmezett „privatizáció ellenesség” miatt az OEP az állami, önkormányzati tulajdonú intézménnyel szerződik csak, aki e finanszírozási szerződés alapján a bevételek egy részét, működés kiszervezés, ún. „közreműködői szerződés”, vagy netán kapacitás átadás alapján továbbadja (kvázi eladja), míg egy másik részét magánál tartja, és mint ún. saját bevételt használja fel. Így tehát megérettnek látszik a helyzet arra, hogy más Európai országok fejlett társadalmi egészségbiztosítási, illetőleg állami finanszírozási rendszereihez hasonlóan a szolgáltatói oldali szabályozott és ellenőrzött verseny és a szektorsemleges finanszírozás elveinek rögzítésével ez a kérdés szabályozottá és így ellenőrizhetővé váljon.

A betegjogi képviseletet a Javaslat alapján a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet működteti. A (köz)finanszírozott ellátások tekintetében ez erősíti a szolgáltatók ellenőrzésével, a szolgáltatások minőségével kapcsolatos funkcióit. Tekintettel a nem közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatások viszonylag kis szerepére, érdemi többletfeladatot, költséget nem jelent az, ha a betegjogi felügyelet ellátja az ilyen szolgáltatásokkal kapcsolatos betegjogi képviseletet is. Így biztosítható, hogy a közfinanszírozói szerephez (is) tartozó betegjogi képviselet a NEI egységes szervezeti rendszerébe illeszkedve működjék, ugyanakkor az is biztosítható e megoldással, hogy egységes maradjon a betegjogi képviselet tevékenysége, függetlenül attól, hogy közfinanszírozású, vagy privat finanszírozású egészségügyi szolgáltatással kapcsolatosan válik szükségessé a betegjogi képviselet intézkedése, beavatkozása, eljárása.

A Javaslat kiindulási alapját jelentő, eredeti egészségügyi és egészségbiztosítási törvények, különösen azok záró rendelkezései számos olyan, a társadalmi egészségbiztosítási rendszer működése és stabilitása szempontjából alapvető jelentőségű probléma és szabályozási terület szabályozását kormány-, illetőleg miniszteri hatáskörbe utalták, amely kérdések jelentős része néhány évvel ezelőttig evidens módon törvényi szinten volt szabályozva, illetőleg amely kérdések törvényi szintű szabályozást igényelnek. Ez gyakorlatilag a társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszer rendeleti úton történő, kézi vezérléses - és az országgyűlés kontrollját kikerülő- irányítására ad lehetőséget. Túl azon, hogy egy jogállamban ez általában nem kívánatos, különösképp egy ilyen jelentőségű társadalmi alapintézmény esetében, mint a társadalmi egészségbiztosítás, ez a gyakorlat a jelenlegi OEP, e Javaslat szerinti Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetté fejlesztésével, megerősítésével, országgyűlési és társadalmi kontroll alá helyezésével, a mindenkori kormánytól történő jelentős mértékű függetlenítésével, továbbá az e Javaslatban az egészségpolitika, népegészségügy aktív megvalósításával kapcsolatos feladataival ellentétes.

Ugyanakkor fent említett és jelenleg kormány, illetőleg miniszteri hatáskörbe utalt szabályozandó területek valóban szabályozandó kérdéseket és számos esetben külön jogszabályban szabályozandó területeket érintenek. A Javaslat e problémát a következőképpen kezeli:

- (i) több, korábban is törvényi szinten szabályozott kérdés visszakerül törvényi szintre
- (ii) nem törvényi szintű szabályozási kérdések a Kormány hatáskörébe kerülnek, azzal, hogy az előterjesztések elkészítése a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet feladata, ennek önkormányzata (amely 1/3 részben a kormány delegáltjaiból áll) nyújtja be a Kormány elé, de az Önkormányzatnak egyetértési joga van a megszülető kormány-, esetenként miniszteri határozattal kapcsolatosan

A jelenleg hatályos törvény szinte minden esetben „beteg”-nek nevezi azt az embert aki az ellátórendszerrel kapcsolatba kerül. Pedig egy egészségmegőrző programban, vagy egy szűrési, vagy prevenciós programban résztvevő ember, vagy egy terhesgondozáson megjelenő pl. 6 hónapos, szövődménymentes terhes kismama, netán a beteggel (pl.: kisgyermek) a kórházban tartózkodó szülő semmiképpen sem nevezhető betegnek. E téves és rossz szóhasználat alapvetően a rendszer „betegség orientáltságát”, csak már bekövetkezett károk kezelésére való beállítását és egy minden tekintetben eliminálandó téves, káros és rossz szemléletet jelentenek. Ezért – kevés, és indokolt kivételtől - eltekintve a Javaslat a „beteg” helyett „emberről” beszél. Hasonlóképp megváltoztatásra került az összes „lakosság” szó. A lakossággal szemben ui. csak általánosan fogalmazható meg bárki felelőssége, az emberekkel, az emberrel, a társadalom tagjával szemben viszont konkrét feladatok és felelőségek határozhatóak meg és kérhetők számon konkrétan.

A társadalmi egészségbiztosítás intézményrendszerének megerősítése, stabilizálása érdekében a Javaslat az összes alapvető jelentőségű intézményt, így az OEP-ből kialakítandó „Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézményt”, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot stb. néven nevezi, nevesítve jeleníti meg. Ennek legfőbb oka, hogy egy ilyen fontos társadalmi alapintézmény rendszer esetében megengedhetetlen, hogy a legalapvetőbb közfinanszírozói, ellenőrzési, irányítási, hatósági stb. feladatok megvalósításáért felelős alapintézmények egy ilyen törvényben ne nevesítve, hanem „funkcionális megközelítésben” kerüljenek említésre, azzal, hogy majd a kormány, vagy a miniszter rendeleti úton meghatározza, hogy per most éppen ki az ÁNTSZ, vagy ki a Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet. Egy ilyen típusú, és alacsony szintű jogszabállyal bármikor megváltoztatható „kijelölés” lényegében a teljes intézményrendszer lebegtetését is jelenti, és az intézményrendszer teljes elbizonytalanodásához, destabilizálásához vezet.

Ezenfelül, tekintettel arra, hogy a Javaslat egyik alapvető célja a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és az intézményrendszer megerősítése, stabilizálása, feladatainak és speciális jogállásának meghatározása, továbbá országgyűlési és társadalmi kontroll alá helyezése, eleve kikerülhetetlen a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet megnevezése, továbbá értelmét veszti az a fajta funkcionális szabályozás, amely szerint a kormány, illetve miniszter rendeletileg határozza meg az adott funkciót megvalósító intézményt, szervezetet. Ez ugyanis egy közvetlen országgyűlési és társadalmi kontroll alá helyezett intézménnyel nem értelmezhető, és nem is tehető meg.

Részletes indokolás

Az 1-10. §-hoz

A Javaslattal új a valódi társadalmi egészségbiztosításhoz nélkülözhetetlen alapelveket vezet be, mint az intézményi zárttság elve, a többidőtávú összehangolt egészségi-szolgáltatási és gazdasági terv zártságának és kizárólagosságának elve, erőforrás-felhasználás hasznosulásának maximalizálási elve, valamint a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet által szabályozott szolgáltatói verseny elve.

A 11. §-hoz

A Javaslattal a valódi társadalmi egészségbiztosítás megteremtéséhez alapvető fogalmakat teremt. Ilyen a szolidaritás, egészségügyi szükséglet, egészségnyereség, egészségi kockázat, közcélú egészségi kockázatkezelés, egészségi kockázatelemzés, mennyiségi kockázatelemzés, minőségi kockázatelemzés, szükségletkommunikáció, valamint az egészségterv.

A 12-13. §-hoz

A Javaslattal megfogalmazza - a hatályos szabályozásból hiányzó - a társadalmi egészségbiztosítás célját, valamint a társadalmi egészségbiztosítás működésének alapkövetelményeit.

A 14-15. §-hoz

A társadalmi egészségbiztosítás megerősítéseként, fejlesztéseként a jelenlegi Országos Egészségbiztosítási Pénztárt egy Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetté kell fejleszteni, amelynek így új nevében is tükröződik, hogy az Európai Unió tagállamok nemzeti hatáskörben tartott egészségügyi közfinanszírozási, közszolgáltatási nemzeti alapintézményéről van szó, amely mint ilyen megfelelő védeltséget kell élvezzen és nem tartozik az EU versenyjogi szabályozásának a hatálya alá.

A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet országos hatáskörű szerv, az Egészségbiztosítási Alap kezelője, önálló jogi személyiségű megyei szerveivel egységes intézményrendszer. A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet és igazgatási szervei: nemzeti szinten egységes, szolidaritásalapú, társadalmi kockázatközösséget fenntartó, tervszerűen folyamatosan fejlesztett, közcélú egészségi kockázatokat értékelő és kezelő társadalmi egészségbiztosítási intézményrendszer, amely társadalmi kontroll mellett átláthatóan, elszámoltathatóan végzi tevékenységét.

A Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet tevékenységét a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Önkormányzat felügyeli, amelynek tagjait (oldalanként 7-7 fő) az Országos Érdekegyeztető Tanács munkavállalói oldala, munkaadói oldala és az egészségbiztosításért felelős miniszter jelölése alapján az Országgyűlés választja. Megbízatásuk időtartama 6 év.

A 16-20. §-hoz

A Javaslattal fönntartja az ellátásra jogosultak, valamint a szolgáltatók meghatározásának jelenleg is működő alapvető szabályait.

A 21-22. §-hoz

A Javaslát megjelöli az egészségpolitika és a népegészségügy egészségmegőrzésre vonatkozó feladatait, valamint a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokat.

A 23-29. §-hoz

A Javaslát fönntartja a háziiorvosi ellátás, a fogászati ellátás, a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, a szülészeti ellátás, az orvosi rehabilitáció, valamint a betegszállítás és mentés jelenleg is működő szabályait.

A 30-33. §-hoz

A Javaslát a vizitdíj és a kórházi napidíj megszüntetésével kapcsolatos rendelkezések mellett rendezi az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére vonatkozó szabályokat.

A 34-36. §-hoz

A Javaslát fönntartja az árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatások jelenleg is működő

A 37-39. §-hoz

A törvény külön cím alatt foglalja össze azokat a szolgáltatásokat, amelyekre a biztosított is csak részleges térítési díj mellett jogosult. E szolgáltatások nevesítésének indoka, valamint a részleges térítési díj meghatározására vonatkozó elvek rögzítése idegennek tünik a kötelező biztosítási rendszer szabályozásától, ugyanakkor garanciális jelentősége van a biztosított szempontjából, hogy a szolgáltató ténylegesen csak részleges díjat számoljon el, azaz a szolgáltatásnak azt a részét, amelyre térítésmentesen jogosult ne kelljen megfizetnie. E cím tehát azokat a szolgáltatásokat foglalja össze, amelyek egyes elemei a biztosítottat térítésmentesen, más elemei pedig térítés mellett illetik meg. A térítés indoka lehet tényleges többletköltség és biztosításpolitikai szándék. Az előbbi körbe tartozó szolgáltatások tipikus esete az egyéni igények szerinti elhelyezés és étkezés, az utóbbiba tartozóké pedig a beutalástól eltérő igénybevétel.

A 40. §-hoz

A törvény a jövőre nézve is fönntartja a központi igazgatási szerv vezetőjének méltányossági jogkörét, amelynek alapján a biztosított többlet-támogatást kaphat pl. a fogpótláshoz, a gyógyszerhez, speciális gyógyászati segédeszközkhöz. A méltányossági jogkör az elmúlt évek során is lehetővé tette egyes hátrányos helyzetű biztosítottak számára a szükséges ellátásokhoz való kedvezőbb hozzáférést. Tekintettel arra, hogy számtalan olyan egyedi eset fordulhat elő, amelyre nézve közös rendelkezéseket nem tud felállítani a jogalkotó, célszerű a méltányossági jogkör meghagyásával lehetőséget biztosítani az egyedi helyzetből adódó egyedi ügyek intézésére.

A 41-42. §-hoz

A törvény a külföldön igénybe vehető szolgáltatások körét az alábbiakban határozza meg: a fogászati ellátás, a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás és a szülészeti ellátás, azaz a biztosított által betegsége esetén gyógyító céllal igénybe vehető szolgáltatások. Az indokolt igénybevétel esetén azonban a biztosítottak munkavégzésre irányuló jogviszonya szerint nem tesz a mai gyakorlat szerint különbséget a törvény, azaz minden járulékfizetőnek azonos módon a hazai ellátás költségeinek megfelelő összeget téríti meg.

A 43. §-hoz

Az egészségügyi szolgáltatások iránti igény érvényesítése a törvény szerint a jelenleg hatályos rendelkezésekkel megegyezően, a TAJ számot igazoló okmány bemutatásával, illetve a külön jogszabály szerinti orvosi rendelvényen történő rögzítésével történik.

A 44-49. §-okhoz

A törvény nem csak a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető szolgáltatásokról rendelkezik, hanem arról is, hogy e szolgáltatások hozzáférhetőségét hogyan köteles garantálni a biztosító. A jelenleg hatályos tb. törvény e kérdésekről egyáltalán nem rendelkezik, a szolgáltatások teljesítését szolgáló szerződéses kapcsolatokat hagyományosan az alapok költségvetését meghatározó törvények rendezik. A szabályozás áttekinthetőségét és a logikai egység érvényesülését szolgálja a törvény, amikor a finanszírozási szerződések általános elveit, illetve kötelező tartalmi elemeit meghatározza, továbbá rendelkezik azokról a szerződésekről is, amelyek a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltatók orvosait feljogosítják a biztosító terhére történő gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz rendelésre.

Az 50-51. §-okhoz

A törvény a finanszírozási szerződések alapvető kérdéseinek meghatározásához hasonlóan rendezi a finanszírozásra vonatkozó általános, várhatóan hosszabb időn keresztül érvényes szabályait. A finanszírozás lehetséges módszereinek nevesítése mellett nem határozza meg azonban a törvény az egyes finanszírozási technikákkal érintett szolgáltatások körét, hiszen az adott egészség- és biztosításpolitikai célok évről évre változtathatják a konkrét finanszírozási rendszert, így e rendelkezéseket célszerű az alapok adott évi költségvetését meghatározó törvényben rögzíteni.

Az 52-56. §-hoz

A törvény a finanszírozási szerződésekre és a finanszírozásra vonatkozó általános szabályok mellett nevesíti a finanszírozói ellenőrzés kereteit és a szankcionálási lehetőségeket is. Így a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet ellenőrzési jogosultságai közé tartozik, hogy a megkötött szolgáltatási szerződések eredményeként megvalósult-e az egészségi-szolgáltatási- és gazdasági terv. Ennek keretében folyamatos ellenőrzéseket, elemzéseket és értékeléseket végez, melynek célja az egészségügyi szolgáltatások szerződés szerinti teljesítésének, továbbá a támogatással történő gyógyszer és gyógyászati segédeszköz rendelésre vonatkozó előírások megtartásának ellenőrzése. Ezen ellenőrzés mellett megmaradtak a tulajdonosi és a szakfelügyeleti ellenőrzési jogosítványok is. Az ellenőrzés szabályai azonban önmagukban még nem biztosítják a járulékfizetők érdekeinek védelmét, ezért a törvény rendezi a biztosítónak jogalap nélkül okozott költségek megtérítésének általános elveit is. A Javaslat emellett megszünteti az irányított betegellátási rendszert.

Az 57-58. §-hoz

A törvény törvényi szintre emeli az ún. együttfolyósítási tilalmakat, tehát amikor azonos biztosítási jogviszony alapján többféle ellátásra is jogosult lenne a biztosított, illetőleg - szintén a jelenlegi elvek mentén rendezi a gyermekgondozási segély időtartama alatt igénybe vehető ellátásokat.

Az 59-65. §-hoz

A pénzbeli ellátások közül a terhességi-gyermekágyi segély hagyományosan kialakult, bevált szabályai az új szabályozásban szinte a jelenleg hatályos szöveggel azonos módon kerültek rögzítésre. Az eltérés az, hogy a terhességi-gyermekágyi segély feltételeként előírt előzetes biztosításban töltött idő egységesen 180 nap lett és a terhességi-gyermekágyi segély mértéke - ugyancsak egységesen - a táppénz alapjául szolgáló átlagijövedelem 70%-a. Ez a módosítás egyszerűsítést szolgál, oly módon azonban, hogy a jelenlegihez képest némileg kedvezőbbé teszi az ellátást.

A 66-73. §-okhoz

A törvény rögzíti a táppénzre jogosultak körét, a keresőképtelenség fogalmát és annak elbírálására vonatkozó legfontosabb szabályokat, a táppénz folyósítására vonatkozó részletszabályokat, valamint az ellátás összegének megállapítási módját, az egyéb ellátásban részesülők tekintetében érvényesülő speciális rendelkezéseket.

A 74. §-hoz

A törvény biztosítja a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet számára a méltányossági jogot a táppénz, a gyermekgondozási díj és a terhességi gyermekágyi segély megállapítására, ha a biztosítási feltételek valamelyike hiányzik, de az igénylő körülményei indokolják az ellátást.

A 75-80. §-hoz

A törvény meghatározza az üzemi baleset és a foglalkozási betegség fogalmát. A baleseti egészségügyi ellátás nem más, mint az üzemi balesetből eredő egészségkárosodás miatt igénybevett gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és ellátás árához történő százszázalékos hozzájárulás. Az üzemi balesethez kapcsolódó további ellátás a baleseti táppénz. A törvény meghatározza a jogosultak körét, a táppénz összegét.

A 81-84. §-hoz

Ugyancsak az üzemi balesetből eredő egészségkárosultak ellátását szolgálja a baleseti járadék, amely a munkaképesség csökkenésének százalékos mértékéhez igazodó rendszeres pénzbeli ellátás.

A 85-89. §-hoz

A társadalmi egészségbiztosítási pénzbeli ellátások igénylésének rendje külön fejezetben került szabályozásra. Az igénylés elbírálásának eljárási szabályai általános jelleggel kerültek meghatározásra, majd a betegség és az anyaság esetére járó pénzbeli ellátásokra, illetve a baleseti ellátásokra vonatkozó speciális szabályok rendezik az igény elbírálására jogkörrel rendelkező szerveket, a folyósítás részletes szabályait.

A 90-99. §-hoz

A felelősségi szabályok elsődlegesen a pénzbeli ellátások jogalap nélküli igénybevételéhez kapcsolódnak, de itt fogalmazódik meg az az általános szabály is, hogy az egészségbiztosítási ellátásban részesülő betegségéért, keresőképtelenségéért, munkaképesség csökkenéséért vagy haláláért felelős, köteles az emiatt vagy ezzel összefüggésben nyújtott egészségbiztosítási ellátást megtéríteni, meghatározott összegű kamatfizetési kötelezettséggel terhelt. A törvény rögzíti a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetnek az ellátások késedelmes fizetése esetén fennálló felelősségét. A felelőssel szemben fennálló követelés érvényesítésére a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet a törvényben rögzített eljárási szabályok szerint jogosult, melynek során lehetőség nyílik a követelés méltányossági alapon történő elengedésére, mérséklésére.

A 100-104. §-okhoz

A jogorvoslati rendszer az igényt elbíráló határozat visszavonásából, módosításából, és bírósági felülvizsgálatából áll. A határozat visszavonása, módosítása során a határozatot hozó szerv saját döntését vizsgálja felül, nemcsak jogszabálysértés esetén, hanem akkor is, ha az ellátás, illetve összegének megállapítására, valamint az ellátás folyósítására tévesen került volna sor, erre azonban csak a határozat közlésétől számított öt éven belül nyílik lehetőség. Fentiekkel szemben bírósági felülvizsgálatra csak jogszabálysértés esetén kerülhet sor, és csak a vitatott határozattal érintett személy kezdeményezése alapján. Ehelyütt rögzíti a törvény a társadalmi egészségbiztosítási ellátások iránti igények érvényesítésével kapcsolatos eljárások teljes tárgyi illeték- és költségmentességét.

A 105-108. §-okhoz

A törvény itt szabályozza az egészségbiztosítási ellátások megállapításához szükséges adatok kezelésére, nyilvántartására és szolgáltatására vonatkozó legfontosabb szabályokat, összhangban a személyes adatok védelméről szóló garanciális törvényi rendelkezésekkel.

A 109. §-hoz

Az egészségügyi szolgáltatások számos fajtáját nem pusztán beteg, hanem egészséges emberek is igénybe veszik. Alapvető szemléletbeli és az egész rendszer működési kultúráját érintő probléma, hogy a jelenleg hatályos jogszabály betegként kezeli valamennyi embert, aki egészségügyi szolgáltatást – köztük egészség megőrzési, betegség megelőzési szolgáltatásokat - igénybe vett.

A 110. §-hoz

Az egészségügyet szabályozó jogszabálynak célja a korábbiaktól eltérően nem csupán az, hogy meghatározza az egészségügyi szolgáltatások általános szakmai feltételeit, hanem egyben az is, hogy a hatékony ellenőrzés révén egy hosszabb távú, egyéni és osztályos érdekeket is szolgáló - az egészségügyben dolgozók jogainak egyidejű védelme biztosításával - megbízható egészségügyi rendszert hozzon létre.

A 111. §-hoz

A jogszabály módosítás árnyékoltabb és sokrétűbb fogalomhasználata szükségessé teszi az újonnan bevezetett, és a már korábban is használt fogalmak definícióját.

A 114. §-hoz

Az egészségbiztosítási rendszer mindenekelőtt a társadalmi szolidaritáson nyugszik, ezért nem indokolt és nem is lehet elvonatkoztatni attól a tényről, hogy az egyének viszonyát mindig a környező társadalom viszonyaival összefüggésben kell értékelni.

A 115. §-hoz

A törvény a fogalmak meghatározásainál már külön pontban említi az egészségi és egészségügyi ellátás definícióját, amely fogalmak egymással a több-kevesebb viszonyban állnak.

A 116. §-hoz

A betegjogok védelme a korábbiaknál hangsúlyozottabb védelmet igényel, ezért indokolt annak bevezetése, hogy amennyiben a beteget a biztosítási jogviszonyával összefüggésben éri joghátrány, a betegjogi képviselő ne az egészségbiztosítási felügyelethez fordulhasson, hanem magához az egészségbiztosítóhoz, illetve az ÁNTSZ-hez is, bővítve és könnyítve ezzel a jogvédelem lehetőségeit.

A 117. §-hoz

Az egyén nem ragadható ki környezetéből, a társadalomból, megfelelő szintű szolgáltatást nyújtani tudó egészségügyi rendszer létrehozása a társadalom és az egyén egymással összefüggésben történő kezelését igényli. Az egészségvédelem és a már beteg emberek gondozása megalapozza az állam alkotmányos felelősségét.

A népegészségügy tehát nem csak az egyén, hanem a társadalom egésze számára a lehető legnagyobb mértékű egészségnyereség elérésére kell, hogy törekedjen.

A 118. §-hoz

Az egészségvédelem elsődleges eszközei közé tartozik a prevenció, és ennek keretében meg kell valósítani az állapot megőrzéséhez szükséges ismeretek megfelelő, társadalmi szintű átadását, különböző oktatási és egyéb módszerek alkalmazásával, mely így még mindig kevésbé költségigényes, mint a betegek utólagos gyógyítása.

A 119. §-hoz

A modern kor „vívmányai” és a fiatalkorúakra legnagyobb veszélyt jelentő tudatmódosulást idéző szerek közé tartozik a dohánytermék is, még akkor is, ha annak a szeszesitalok és egyéb kábítószerrel melletti fogyasztása kevésbé tűnik veszélyesnek. A fiatalkori dohányzás oktatás és gondozás körében kiemelt figyelmet kell fordítani ennek megelőzésére, mert a tizennyolc év alatti korosztály a dohányzás okozta megbetegedéseknek és annak későbbi káros következményeinek van leginkább kitéve.

A 120. §-hoz

Sajnálatosan Magyarországon is egyre inkább figyelmet kell fordítani a fiatalkori, és természetesen a felnőtt korosztálynál bekövetkező elhízás megakadályozására, illetve a már kialakult állapot kezelésére. Ezen feladat nem állhat meg az oktatásnál, hanem az államnak tényleges- akár anyagi jellegű- szerepet is kell vállalni annak érdekében, hogy az elhízás elleni egészségvédelem megvalósuljon.

Indokolt mindazoknak a tényezőknek a meghatározása, amelyekről nem csak kifejezetten tudott, hogy egészségkárosító hatásúak, hanem amelyekben ennek a lehetősége már esetlegesen is fennállhat.

A 121. §-hoz

A működési elvek teljesebb körű meghatározása szükséges, ennek során a törvény összehangolt egészségi-, szolgáltatási- és gazdasági tervezési rendszer kiépítését írja elő, valamint a működési elveket kiegészíti az egyenlő hozzáférés alapelveivel is.

A 122-125. §-hoz

Az állam felelősségének kiemelkedő jelentősége miatt szükséges a felelősség tartalmát a jelenleg hatályos szabályozáshoz képest pontosabban és nagyobb részletességgel meghatározni.

A 126-127. §-hoz

A törvény az Országgyűlés feladatává teszi, hogy megkövetelje a jogszabályok előkészítése során szükséges részletes elemzések elvégzését, valamint azt, hogy évente elfogadja az egészségi-, szolgáltatási- és gazdasági tervet. A Kormány feladata, hogy ezen terv alapján a szükséges fejlesztéseket a Nemzeti Egészségfejlesztési Programban tervezze, és a Nemzeti Fejlesztési Terv forrásaiból fedezze.

A 128-129. §-hoz

A törvény előírja, hogy a Nemzeti Egészségügyi Tanács tagja a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézet főigazgatója is, pontosítja a miniszter feladatait, valamint beemeli a törvénybe az ÁNTSZ legfontosabb feladatait.

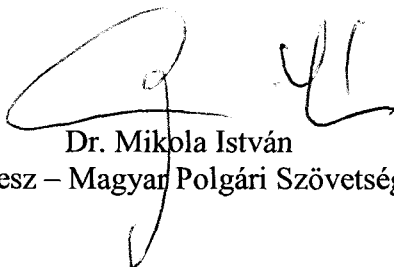
A 130. §-hoz

A törvény a többidőtávú, összehangolt egészségi-, szolgáltatási- és gazdasági tervezés összefüggésében újrafogalmazza a társadalmi egészségbiztosítási intézmény szervezetének a Nemzeti Társadalmi Egészségbiztosítási Intézetnek és megyei szerveinek feladatait.

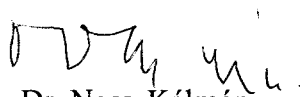
A 131. §-hoz

A Regionális Fejlesztési Tanácsok megszüntetésének következményeként az Egészségügyi Fejlesztési Előirányzatra vonatkozó rendelkezéseket több helyütt módosítani szükséges. Továbbá, az EFE forrásai kiegészülnek az állam tulajdonában lévő egészségügyi célt szolgáló ingatlanok értékesítéséből származó bevétellel.

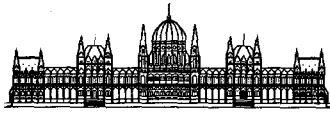
Budapest, 2008. február 7.



Dr. Mikola István
Fidesz – Magyar Polgári Szövetség



Dr. Nagy Kálmán
Kereszténydemokrata Néppárt



ORSZÁGGYŰLÉSI KÉPVISELŐ

Dr. Szili Katalin,
az Országgyűlés Elnöke részére

Helyben

Tisztelt Elnök Asszony!

Az Országgyűlés Házszabályáról szóló 46/1994. (IX. 30.) OGY. határozat 85. §-a alapján, „**a társadalmi egészségbiztosítás ellátásairól**” a következő törvényjavaslatot kívánjuk benyújtani.

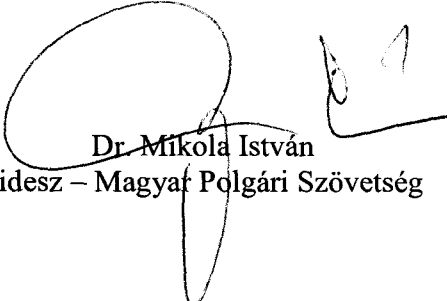
A Házszabály 99. § (1) bekezdése alapján javaslatot teszünk a törvényjavaslat sürgős tárgyalására. Egyben kérjük, hogy a kijelölt bizottság a tárgysorozatba-vétellel egyidejűleg – amennyiben tárgysorozatba vette indítványunkat – az általános vitára való alkalmasságról is döntsön.

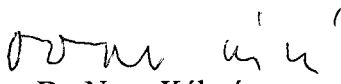
A Házszabály 92. § (3) bekezdése alapján szükséges legalább 50 képviselő támogató aláírását mellékelten csatoljuk.

Indokolás

Számos társadalmi szervezet közreműködésével született meg a mellékelten benyújtott törvényjavaslat, amely az egészségbiztosításra vonatkozó – a Kormány által benyújtott indítványhoz képest - alternatív javaslatot tartalmaz. Az egészségbiztosítás privatizációja ellen tiltakozó, tüntető szervezeteknek és a mögöttük álló, céljaikkal egyetértő polgárok millióinak a valódi társadalmi egészségbiztosításra, az egészségbiztosítás privatizációjának megakadályozására vonatkozó kívánságát tükrözi a törvényjavaslat. A már korábban nyilvánosságra hozott tervezetről eddig egyetlen politikai erő sem volt hajlandó tárgyalni, így a Fidesz – Magyar Polgári Szövetség és a Kereszténydemokrata Néppárt a társadalmi akaratnak eleget téve nyújtja be mellékelten, változatlan formában a hozzá eljuttatott javaslatot. Tekintve, hogy a Kormány egészségbiztosításról szóló javaslatát – a köztársasági elnök megfontolásra történt visszaküldésének következtében - az Országgyűlés még tárgyalja, az egészségbiztosítás abban tervezett magánosításának megakadályozása csak úgy lehetséges, ha az Országgyűlés a mellékelt törvényjavaslatot is a lehető legsürgősebben megtárgyalja.

Budapest, 2008. február 7.


Dr. Mikola István
Fidesz – Magyar Polgári Szövetség


Dr. Nagy Kálmán
Kereszténydemokrata Néppárt