Az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság igazolásának szabályai
SZ 011

Készítette: Ludman István
folyamatgazda

Átvizsgálta: Dr. Balatoni Ildikó
koordinációs alelnök

Jóváhagyta: Prof. Dr. Szabó Zoltán
DE KK elnök

M ó d o s í t á s o k		
Sorszáma	**Dátuma**	**Leírása**
19.	2023.05.22	IX. fejezet aktualizálása, 1. és 2. sz. melléklet aktualizálása
20.	2024.07.10	IX. fejezet aktualizálása
21.	2026.06.22.	I. fejezet aktualizálása

Tartalomjegyzék

I. Jogszabályi háttér: 3

II. Fogalom meghatározások 3

III. Ellátások igénybevételére való jogosultságot igazoló okmányok 4

IV. Ellátások típusai jogosultság szerint: 11

V. Ellátások igénybevétele: 11

VI. Az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira való igény érvényesítése 12

VII. Igényérvényesítés szabályai, ha nincs TAJ-szám vagy egyéb okmány 15

VIII. Az EGT tagállamaiból érkező betegek számára történő vényírás 17

IX. A határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatása 17

X. Határon átnyúló ellátások 21

XI. Menekült/menekült státuszt kérelmezők egészségügyi ellátása 23

AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSRA VALÓ JOGOSULTSÁG IGAZOLÁSÁNAK SZABÁLYAI

I. JOGSZABÁLYI HÁTTÉR:

- **1996. évi XX. törvény** *a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról*, 5.§ (2), 6.§ (2), 8.§ (1), 21.§ (1) (2) (4), 23. § c), 24. § b) e) f), 25. § a személyazonosság hitelt érdemlő igazolásának szükségessége,
- **1997. évi LXXXIII. törvény** *a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól* ***(****Ebtv.)* egységes szerkezetben a végrehajtásáról *szóló 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelettel*
- **2019. évi CXXII. törvény** *a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről*
- **2007. évi LXXX. törvény** *a menedékjogról, egységes szerkezetben a végrehajtásról szóló 301/2007. (XI. 9.) Korm. rendelettel*
- **43/1999. (III.3.) Korm. rendelet** *az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól*
- **59/2007. (XII.29.) EüM. rendelet** *a határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról*
- **340/2013. (IX/25.) Korm. rendelet** *a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól*
- **2011/24/EU (2011. március 9.)** *Az Európai Parlament és a Tanács irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről*
- **9/2022. (III. 11.) számú miniszteri utasítás** az Ukrajnából érkező személyek egészségügyi ellátásáról
- **10/2022. (III. 25.) számú miniszteri utasítás** az Ukrajnából 2022. február 24-én, vagy azt követően érkező személyek részére vényen rendelhető gyógyszerek gyógyászati segédeszközök felírásáról, kiadásáról, elszámolásáról
- *Egészségügyi államtitkári tájékoztató az orosz-ukrán háború elől Magyarországra menekülő személyek egészségügyi ellátásáról (2024.03.26)*

II. FOGALOM MEGHATÁROZÁSOK

azonosítási mód: a személyes adatokat is tartalmazó nyilvántartásokban a polgár azonosítására alkalmazott olyan módszer, amely természetes azonosító adatok (pl. név, születési idő), illetőleg mesterségesen képzett kódok alkalmazásával valósulhat meg.

azonosító kód**:** olyan, matematikai módszerrel képzett, különleges adatra nem utaló számjegysor, amely a polgárt az adatkezelés során egyértelműen azonosítja. Az azonosító kód személyes adat, ezért azt kezelni és továbbítani csak törvényben meghatározott szabályok szerint lehet.

biztosított*:* az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásai tekintetében a Tbj. 6. §-a szerinti biztosított, valamint a Tbj. 3. §-a és 22. §-ának (1) és (3) bekezdése szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy.

külföldi gyógykezelésre jogosult biztosított: a Tbj. 6. §-a szerinti biztosított, valamint a Tbj. 22. §-ának (1) bekezdése alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy, ide nem értve a Tbj. 22. § (1) bekezdés u) pontja szerinti jogosultat.

Ebtv.: 1997. évi LXXXIII. törvény *a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól*

Tbj.: 2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről

szolgáltató: az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel rendelkező természetes, vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy ami a finanszírozóval kötött szerződés alapján az E. Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatást nyújt;

EGT: Európai Gazdasági Térség (Európai Unió tagállamai valamint Norvégia, Izland, Liechtenstein, továbbá 2006.04.01- től Svájc) *1. számú melléklet*

Értékelő Bizottság: az egészségügyi miniszter irányítása alatt működő szerv, amely a határon túli magyarok központi költségvetésből biztosított ellátásainak engedélyezéséről a jogszabályban meghatározott elvek szerint dönt.

Harmadik állam: az Európai Gazdasági Térség és Magyarország által kötött kétoldalú szociális biztonságról szóló egyezmény hatálya alá nem tartozó állam.

Menedékes: Magyarország által menedékesként a menedékjogról szóló 2007. évi LXXX. törvény 19. § a) pontja szerint védelemben részesített, továbbá

a) az Ukrajnában 2022. február 24-ét megelőzően tartózkodó ukrán állampolgár,

b) az a hontalan személy vagy nem ukrán harmadik országbeli állampolgár, aki 2022. február 24-ét megelőzően nemzetközi védelemben vagy azzal egyenértékű nemzeti védelemben részesült Ukrajnában, illetve

c) az a) és b) pont szerinti személyek családtagjai.

Menekülő: az Ukrajna területén állandó lakcímmel rendelkező magyar állampolgár, továbbá a menedékes és a menedékesként történő elismerését kérő.

III. ELLÁTÁSOK IGÉNYBEVÉTELÉRE VALÓ JOGOSULTSÁGOT IGAZOLÓ OKMÁNYOK

1. **TAJ számot igazoló Hatósági Bizonyítvány:**
   Jelenleg 3 típus van forgalomban: régi kék, a régi zöld és az új kék-fehér.
   TAJ-számot tartalmaznak.
   Belföldi biztosítottak és egészségügyi szolgáltatásra jogosultak részére állítják ki.
   Időbeli korlát nincs, személyazonosság igazolása mellett használható.
   2016. január 1-jét követően kiállított, elektronikus tárolóelemet tartalmazó személyi igazolvány (ún. e-kártya) is alkalmas a TAJ igazolására, ha a TAJ-t tárolja, amely így a

személyazonosságot és a TAJ-t is igazolja. Az e-kártya (személyi igazolvány) a kiállított TAJ kártya érvényességét nem érinti.
Igénybe vehető ellátás: teljes ellátás.

2. Igazolás az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságról

Azoknak, akik valamely jogcímen nem jogosultak az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásait igénybe venni, lehetőségük van az egészségbiztosítóval ennek biztosítása érdekében megállapodást kötni.

A megállapodás a megkötését követő hónap első napjától lép életbe, azonban csak a szerződéskötést követő 24. hónap első napjától jogosít egészségügyi szolgáltatás igénybevételére. A megállapodás megkötését követő első hónaptól a 24. hónapig a megállapodás csak a sürgősségi ellátás igénybevételére jogosít.

A megállapodáson alapuló jogosultság esetén **a sürgősségi ellátásra való jogosultság bizonyítására külön igazolás szolgál**, a TAJ kártyát csak 24 havi járulék megfizetését követően állítja ki a hatáskörrel rendelkező járási hivatal.

Lehetőség van a 24 hónapos várakozási idő megváltására az arra az időszakra számított járulék egyösszegű megfizetésével.

Amennyiben a megállapodás megkötésekor csak az egy havi összeg befizetésére kerül sor, akkor a megállapodás kedvezményezettje a megállapodás megkötését követően – a sürgősségi ellátás kivételével – a 24. hónap első napjától veheti igénybe az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásait.

Amennyiben a megállapodás megkötésekor visszamenőleg megváltja a „türelmi időt” (24 + 1 havi összeget fizet be), akkor a megállapodás megkötését követő hónap első napjától jogosulttá válik az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásai igénybevételére.

A megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy **a fogászati ellátások közül támogatással csak sürgősségi ellátást vehet igénybe**.

Nem jogosult az EGT tagállamban vagy egyezményes államban egészségügyi szolgáltatások igénybevételére a magyar egészségbiztosító terhére és így az esetlegesen igénybe vett ellátások utólagos megtérítésére, illetve a transzplantációs várólistára kerülésre sem.

Továbbá nem veheti igénybe a Magyarországon nem hozzáférhető gyógyító eljárásokat a magyar egészségbiztosítása terhére egy másik országban.

Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele előtt, az ún. **jogviszony-ellenőrzés során** a szűkebb ellátási körre való jogosultságot **a rendszer „sárga lámpával” jelzi**.

3. Európai Egészségbiztosítási Kártya

EGT- és svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek részére ideiglenes magyarországi tartózkodásuk során a szükséges egészségügyi szolgáltatás EU-kártya alapján nyújtható.

Az Európai Bizottság határozata alapján **csak olyan Európai Egészségbiztosítási Kártya használható ellátás igénybe vételére való jogosultság igazolásaként, amelyen minden fentiekben felsorolt mező SZEMMEL OLVASHATÓ FORMÁTUMBAN hiánytalanul kitöltésre került.**

A csillagozott, vagy más helyettesítő karakterrel feltöltött **mezőket tartalmazó kártya NEM ÉRVÉNYES** Európai Egészségbiztosítási Kártya!

Ilyen kártya felmutatása esetén az egészségügyi ellátást fizető-kötelezettként kell nyújtani, illetve vény írás esetén a vényen szereplő TAJ, ENY valamint EU mezőket üresen kell hagyni, és a felírt gyógyszer/gyógyászati segédeszköz/gyógyászati ellátás csak ártámogatás nélkül, teljes áron rendelhető el.

Amennyiben a Kártya kiadása valamilyen okból, átmenetileg nem lehetséges, az illetékes egészségbiztosítási intézmény „Ideiglenes Kártyahelyettesítő Nyomtatvány”-t ad ki.
Szabályozza**:** uniós rendeletek, Ebtv.

Fenti okmányok az Európai Gazdasági Közösség által használt nyomtatványok, az adott állampolgár biztosítójának nyelvén kitöltve, érvényességi időtartam feltüntetésével, szabályszerű bélyegzővel, aláírással ellátva.

Felhasználható**:** szabályos kitöltöttség esetén, személyazonosság igazolása mellett, az érvényességi időtartamon belül. **A szolgáltató a nyomtatvány teljes adattartalmát rögzíti a betegnyilvántartó rendszerben, és a kártya másolatát az irattározás szabályai szerint őrzi meg.**

Igénybe vehető ellátás: A magyarországi átmeneti tartózkodás során orvosilag szükséges ellátás. Az orvosi szükségesség fennállásáról elsődlegesen – a körülmények mérlegelésével – a kezelőorvos dönt. Orvosilag szükségesnek azonban nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülhetnek. Amennyiben az igényelt ellátást – a beteg állapotára való tekintettel – nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a szolgáltatónak figyelembe kell vennie, hogy az illető személy milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni. **Amennyiben az illető személy nem rendelkezik** ún. EGT állampolgárok részére kiadott **tartózkodási engedéllyel**, csak azon szolgáltatások nyújtandók, amelyek **3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak**. Egyéb esetekben a tartózkodási engedély, illetve az igazolás (EU-Kártya) érvényességének lejártát kell figyelembe venni.

Az Európai Bizottság határozatai értelmében átmeneti magyarországi tartózkodás során az alábbi ellátásokat minden esetben az **EU-Kártya alapján nyújtandó szükséges ellátásnak kell minősíteni:**

- dialízis
- oxigénterápia

- speciális asztmakezelés
- kemoterápia
- szülés, a szüléshez és anyasághoz kapcsolódó ellátások.

Megjegyzés: az EGT ill. svájci biztosított Magyarországon született gyermeke részére a szükséges ellátások a szülést követő 3. hónapig az anya EU-Kártyája alapján nyújtandók, az ellátásokat az EU-Kártya adataival kell jelenteni.

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya nem használható fel akkor, ha a biztosított valamilyen egészségügyi szolgáltatás igénybe vételének céljából utazott a másik tagállamba.

4. **S2/E112-es nyomtatvány:**
   Meghatározott tartalmú vagy teljes körű ellátás
   Az S2, vagy E112 jelű nyomtatvánnyal egészségügyi szolgáltatásra jelentkező személy (amennyiben meg van jelölve) a nyomtatványon megjelölt szolgáltató, illetve ellátás esetében ugyanolyan feltételek mellett jogosult az igénybevételre, mint a magyar biztosítottak. Amennyiben a nyomtatványon sem szolgáltató, sem konkrét ellátás nincs megjelölve, az érvényességi időn belül bármilyen egészségbiztosítási szolgáltatás nyújtható a jogosult részére.
   Felhasználható**:** a személyazonosságot igazoló érvényes okmány felmutatása mellett, a szabályosan aláírt és lebélyegzett nyomtatványon, a feltüntetett érvényességi időtartamon belül, az ott meghatározott szolgáltatás igénybevételére. A szolgáltató a nyomtatvány teljes adattartalmát rögzíti a betegnyilvántartó rendszerben, és a másolatát az irattározás szabályai szerint őrzi meg.

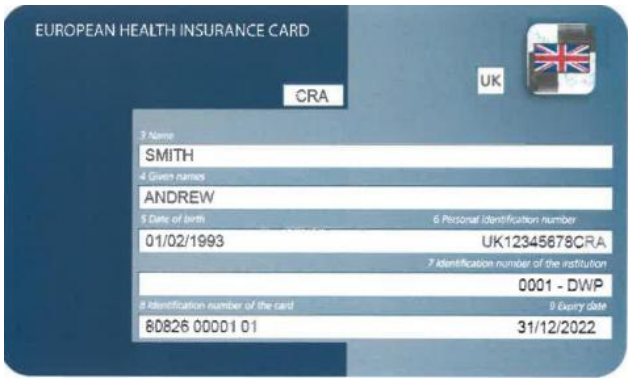
5. **BREXIT-et követően használatban lévő, új típusú EU kártyaként funkcionáló brit kártyatípusok**
   Az Európai Unió és Nagy-Britannia és Észak-Írország Egyesült Királysága által, 2020. december 24-én aláírt Kereskedelmi és Együttműködési Megállapodásnak a „Jegyzőkönyv a szociális biztonsági koordinációról” címet viselő részében foglalt rendelkezések alapján az egészségügyi ellátás igazolására szolgáló BREXIT előtt kibocsátott alábbiakban ismertetésre kerülő kártyák ugyanazokat a jogosultságokat biztosítják a brit biztosítottaknak, mint a Brexit előtt.

   Az új típusú EHIC/GHIC kártyák brit biztosítottak esetében továbbra is 5 évre kerülnek kiállításra, kivéve a felsőoktatásban tanulókat, akik tanulmányaik idejére kapják meg a kártyát. A Brexit előtt kiállított, régi formátumú EU Kártyák a rajtuk szereplő lejárati dátumig érvényesek.

   a) Brexit előtt kiadott, régi formátumú, még érvényes EHIC:



b) Brexit után ún. „polgári jogi szerződés” alapján kiadott EHIC:
Az egyik új típusú EHIC kártyán szerepel két helyen a CRA rövidítés, amely a „Citizens’ rights agreement” azaz polgári jogi szerződésre utal, és azon személyek részére adják ki, akik a Brexitet követő kilépési megállapodás hatálya alá tartoztak. A kártyán két helyen elhelyezett CRA rövidítés kizárólag az Egyesült Királyság hatóságai számára bír jelentéssel, a kártya magyarországi elfogadhatóságát nem befolyásolja.



c) Brexit után ún. „polgári jogi szerződés” alapján kiadott EHIC hallgatóknak
A másik új típusú EHIC kártyán szerepel egy helyen a CRA rövidítés, amely a „Citizens’ rights agreement” azaz polgári jogi szerződésre utal, és a 6. pontban a biztosítási szám után szerepel egy országkód, ahol a hallgató UK-n kívül tanul. A kártyán elhelyezett CRA rövidítés és országkód a 6. pontban kizárólag az Egyesült Királyság hatóságai számára bír jelentéssel, a kártya magyarországi elfogadhatóságát nem befolyásolja.



d) Brexit után kiadott új brit GHIC (Global Health Insurance Card)

Az új típusú brit GHIC kártya adattartalma megegyezik a korábbi és a többi tagállam által alkalmazott EHIC kártya adattartalmával. A kártya formátuma annyiban változott, hogy az EU zászlója helyett UK zászló került a kártyára.



A fenti típusú kártyák – amennyiben érvényes, lejárati időn belüli – érvényesek a magyar közfinanszírozott szolgáltatóknál és más EGT tagállamok EU Kártyáival azonos elbírálás alá esnek; az ellátási esetek „E”-térítési kategóriában jelentendők.

6. Útlevél:

A nemzetközi egyezmény alapján sürgős szükségből egészségügyi szolgáltatásra jogosult külföldi állampolgár útiokmányával igazolja az egészségügyi ellátásra való jogosultságát. A nemzetközi egyezmények listáját lásd: *2. sz. melléklet*

Felhasználható**:** az útiokmány felmutatásával

Igénybe vehető ellátás: sürgősen szükséges egészségügyi ellátások

7. Jogosultság-igazolás nélkül ellátott EGT állampolgárok

Az EGT- és svájci állampolgárok, **akik nem rendelkeznek a fenti igazolások** (EU-Kártya, Kártyahelyettesítő Nyomtatvány, S2/E112 nyomtatvány) **valamelyikével**, **és az igazolás bemutatását az ellátás befejezését követő 15 napon belül nem pótolják, térítési díjat kötelesek fizetni.** A térítési díjat a szolgáltató saját hatáskörében állapítja meg és fenntartója, illetve tulajdonosa hagyja jóvá. A díj várható mértékéről a beteget vagy hozzátartozóját

lehetőség szerint az ellátás kezdete előtt tájékoztatni kell. A szolgáltató a díjról számlát bocsát ki, melynek összegét a beteg köteles megfizetni.

A szolgáltató az ilyen ellátást **4-es térítési kategóriában**, mint „egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátását” köteles lejelenteni.

8. Minisztériumi engedély:

A határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának megkezdése előtt szükséges a külföldön élő beteg külföldi képviselője illetve magyarországi kapcsolattartójuk által kezdeményezett írásbeli engedély beszerzése, mely engedélyeztetési eljárásnak szigorú szakmai és formai feltételei vannak.

9. Tartózkodási engedély:

A menekült/menedékes státuszt kérelmezők a Befogadó Állomás által kiállított „Humanitárius tartózkodási engedély menedékjogot kérők részére” megnevezésű igazolvány, menekültként, ill. oltalmazottként elismert személyek személyi azonosító igazolvánnyal, vagy „Tartózkodási engedély” megnevezésű igazolvány bemutatásával jogosultak sürgős szükség esetén egészségügyi ellátásokra. Amennyiben a kérelmező, vagy befogadott a jogosultságát fenti igazolványok valamelyikével nem tudja igazolni, az egészségügyi ellátásra a térítéses betegellátás szabályai szerint kerülhet sor. Ugyanez vonatkozik az idegenrendészeti eljárás alatt álló (többnyire őrizetes) személyek ellátásaira is.

10. A Debreceni egyetem angol nyelvű képzésében résztvevő hallgatók jogosultsága:

- A nem ösztöndíjas hallgatók a **Generali Studium** egészségbiztosítási kártyával igazolják az ellátásra való jogosultságukat (a felsőbb éves hallgatók QR kóddal ellátott elektronikus kártyával, míg az elsőévesek fél évre érvényes papír alapú kártyával) a Háziorvosuk által kiállított érvényes Beutaló és személyazonosításra alkalmas igazolvány felmutatása mellett. A kártya érvényességének ellenőrzése, kontroll vizsgálat és SBO-n történő ellátás esetén, a klinikai munkatárs feladata a **stuart.edu.unideb.hu/insurance_card** weboldalon.

- A **Stipendium Hungaricum** és **SCY állami ösztöndíjas** hallgatók, a hallgatói jogviszonyuk kezdetétől jogosultak **TAJ kártyára**, ellátásuk a TAJ bemutatása, valamint érvényes Háziorvosi Beutaló és személyazonosításra alkalmas igazolvány ellenében történik. Az új ösztöndíjas hallgatók részére – amíg a TAJ kártya nem készül el – a NOKK „**ösztöndíjas kártya**” -t állít ki, mellyel a hallgató a TB ellátásra való jogosultságát igazolja. Amíg a hallgató „**ösztöndíjas kártya**” -val rendelkezik, addig a részére nyújtott ellátások esetén a térítési kategóriáját „4” -esre, a finanszírozó kódját pedig „41” -esre szükséges állítani a medikai rendszerben.

IV. ELLÁTÁSOK TÍPUSAI JOGOSULTSÁG SZERINT:

Sürgősen szükséges ellátás/halaszthatatlanul szükséges ellátás
Ha annak elmaradása az életet, testi épséget súlyosan veszélyezteti, illetőleg súlyos egészségkárosodással jár. Az ellátást mindaddig nyújtani kell, amíg a beteg elbocsátható állapotba nem kerül, illetve egészségi állapotára való tekintettel biztonságosan visszatérhet a biztosítása szerinti országba. Kétség esetén az ellátás „halaszthatatlanul szükséges" jellegéről a kezelőorvos dönt. A halaszthatatlan ellátások körébe tartozik még a dialízis kezelés, az oxigén terápia és a szüléssel-anyasággal kapcsolatos, azonnal szükséges beavatkozások a terhesség 38. hetének megkezdéséig.

Meghatározott tartalmú vagy teljes körű ellátás
Az E 112 (újabban: S2) jelű nyomtatvánnyal.

Orvosilag szükséges ellátás
Orvosilag szükségesnek nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülnek. Amennyiben az igényelt ellátást a beteg állapotára való tekintettel nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a szolgáltatónak figyelembe kell vennie, hogy az illető személy milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni.
Szükséges ellátás kétség esetén mindaz, amelynek igénybevétele céljából a jogosult nem tud biztonságosan visszatérni a biztosítása szerinti államba. Az orvosi szükségesség fennállásáról elsődlegesen - a körülmények mérlegelésével – a kezelőorvos dönt.

Teljes ellátás
Az Ebtv szerint biztosítottak részére nyújtható ellátások teljes köre.

V. ELLÁTÁSOK IGÉNYBEVÉTELE:

Alapelvek (Ebtv. 2-3. §)

Az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások – az Ebtv. keretei között és a törvény felhatalmazása alapján kiadott finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendek figyelembevételével, a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvényben foglalt kivételekkel - az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe.
Az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket.
Az egészségügyi szolgáltatásra hajléktalanként jogosult személyt az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásai külön jogszabályban meghatározott feltételek szerint illetik meg.

Egészségbiztosítási ellátásra jogosultak (Ebtv. 6 – 8/A §)

A Tbj. szerint biztosított személy valamennyi, Ebtv-ben szabályozott ellátásra jogosult.
A II. és III. fejezet alkalmazásában a 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.

A baleseti ellátás tekintetében a biztosítottal azonos ellátás illeti meg a Tbj. szerint baleseti ellátásra jogosult személyeket.
A baleseti egészségügyi szolgáltatások tekintetében a biztosítottal azonos ellátás illeti meg a Tbj. szerint baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyeket.
Azok a személyek, akik az egészségbiztosítás körébe tartozó egyes ellátásokra a Tbj. szerint megállapodást kötöttek, a megállapodás tárgyát képező ellátás tekintetében a Tbj.-ben, illetőleg az Ebtv-ben foglalt kivételekkel a biztosítottal esnek egy tekintet alá.
Államközi vagy kormányközi egyezmény, illetve viszonosság alapján igénybe vett egészségbiztosítási ellátások tekintetében az Ebtv. rendelkezéseit az egyezményben foglalt eltérésekkel kell alkalmazni. A viszonosság fennállása tekintetében a külpolitikáért felelős miniszter állásfoglalása irányadó.
A törvény rendelkezéseit a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek hatálya alá tartozó személyekre és ellátásokra az uniós rendeletekben meghatározott módon kell alkalmazni.
A törvény rendelkezéseit a nemzetközi egyezmény hatálya alá tartozó személyre az egyezmény szabályai szerint kell alkalmazni.
Az Ebtv. szerinti határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében az uniós betegek a törvényben meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra jogosultak.
Ha az uniós beteg a biztosítottal azonos feltételek mellett veszi igénybe az egészségügyi ellátást, akkor a biztosítottal azonos jogállás illeti meg azzal, hogy

a) az ellátásra irányadó, az igénybevétel idején érvényes belföldi költség mértékének megfelelő összegű térítési díjat, illetve a törvényben külön meghatározott egészségügyi szolgáltatások esetén bruttó fogyasztói árat fizet, és

b) esetében nincs területi ellátási kötelezettséggel rendelkező egészségügyi szolgáltató.

VI. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSAIRA VALÓ IGÉNY ÉRVÉNYESÍTÉSE

(Ebtv. 29. §)

A biztosított

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,

b) 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.

A Közösségi rendelet hatálya alá tartozó személy a Közösségi rendelet szerinti formanyomtatvány, illetve hatósági igazolvány bemutatása esetén jogosult az egészségügyi szolgáltatásra.
Az Ebtv. szerinti határon átnyúló egészségügyi ellátást igénybevevő személy jogosultságát a törvény végrehajtására kiadott kormányrendeletben meghatározott dokumentummal igazolja.
A biztosított az egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez - ha jogszabály eltérően nem rendelkezik - **a Társadalombiztosítási Azonosító Jelet** (a továbbiakban: TAJ-szám) **igazoló**

hatósági igazolványát és - amennyiben a biztosított a 14. életévét betöltötte - **érvényes, a személyazonosság megállapítására alkalmas igazolványát köteles bemutatni**. A biztosított a taj-számát a tároló elemmel rendelkező állandó személyazonosító igazolványával – a technikai feltételek megléte esetén – elektronikusan is igazolhatja, amennyiben a külön törvényben meghatározottak szerint a tároló elem azt tartalmazza. A biztosított a TAJ-számát a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról szóló törvény szerinti összerendelési nyilvántartásra vonatkozó rendelkezések szerint is igazolhatja.
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.

Előzetes biztosítási jogviszony-ellenőrzés

(217/1997. Korm. rendelet 12/B. §)
A finanszírozási, illetve ártámogatási szerződéssel rendelkező **egészségügyi szolgáltató** - a mentést, betegszállítást, védőnői szolgáltatást, otthoni szakápolást, iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátást, mozgó szakorvosi szolgálatot teljesítő szolgáltató, a kizárólag egyedi méretvétel alapján készített gyógyászati segédeszköz forgalmazója, 18. életévet be nem töltött személyek csoportos gyógyúszása, valamint a beteg közvetlen jelenlétét nem igénylő diagnosztikai és kórszövettani vizsgálat és boncolás kivételével - **az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően**, transzplantáció esetén a transzplantáció céljából történt fekvőbeteg-gyógyintézeti felvételkor az ellátás igénybevételét megelőzően, **a TAJ számot igazoló okmány bemutatását**, vagy ennek hiányában az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 4. § (5) bekezdésében meghatározott adatok hitelt érdemlő igazolását **követően, a NEAK nyilvántartásában közvetlenül elektronikus úton (on-line) ellenőrzi, hogy** az Ebtv. 29. § (4) bekezdésében meghatározott **személy a nyilvántartásban az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e**. A 14. életévét be nem töltött személy esetében az ellenőrzést minden egészségügyi szolgáltatónak egyszer, az adott személy első alkalommal történő ellátása során kell elvégeznie. Az ellenőrzést adott ellátási formában egy napon nyújtott szolgáltatások számától függetlenül egyszer kell elvégezni.

Ha a beteg állapota az ellátás azonnali megkezdését indokolja, az ellenőrzést közvetlenül az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követően, fekvőbeteg-szakellátás esetén legkésőbb az annak kezdetét követő első munkanapon kell elvégezni. Ismeretlen, az ellenőrzéshez szükséges adatokat igazolni nem tudó személynél – fekvőbeteg szakellátás esetén – legkésőbb az intézményből történő elbocsátás napján kell teljesíteni a jogviszony ellenőrzési kötelezettséget.

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

Az ellenőrzés eredménye az egészségügyi szolgáltatás biztosításának kötelezettségét nem érinti az érvényes TAJ-jal rendelkező személyek esetében.

Abban az esetben, ha a jogosultsági ellenőrzésnek alávetett személy az ellenőrzés eredménye alapján az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira a NEAK nyilvántartása szerint jogviszonya rendezetlen (**„piros" jelzés: TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen**), az ellenőrzést végző szolgáltató a NEAK honlapjáról letölthető értesítést átadja a szolgáltatásra nem jogosult személynek. Ebben az esetben az egészségügyi ellátás nem tagadható meg, és térítés megfizetésére sem kötelezhető a beteg.

Az értesítés tartalmazza

a) azt a tényt, hogy az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatását igénybe vevő személy a NEAK nyilvántartásában jogosultként nem szerepel,
b) a felhívást arra, hogy a jogosultság fennállásának tisztázása érdekében keresse meg az ország területén bármely kormányhivatalt
c) a jogosultság hiányának jogkövetkezményeiről szóló tájékoztatást, valamint
d) az arra vonatkozó információt, hogy bővebb tájékoztatás a NEAK honlapján érhető el.

On-line jogviszony-ellenőrzés alkalmával kapott **„kék" jelzés: Külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen**. Ebben az esetben, ha az érintett személy rendelkezik az EGT tagállamai által rendszeresített jogosultság- igazolások bármelyikével (Európai Egészségbiztosítási Kártya, kártyahelyettesítő nyomtatvány, S2/E112- es nyomtatvány, stb.), az ellátást „E" térítési kategóriával kell jelenteni a NEAK felé.

Amennyiben a fenti dokumentumok egyike sem áll rendelkezésre, az ellátást „4"- es térítési kategóriával kell jelezni. Az ellátás költségeit a Térítéses Betegellátó Központ által meghatározott díjtétel alapján az ellátást igénybevevő téríti.

On-line jogviszony-ellenőrzés alkalmával kapott **„barna" jelzés: TAJ egyéb okból érvénytelen.** Amennyiben az egészségügyi ellátás igénybevételére **megállapodás alapján jogosult** személy az erről szóló hatóság által kiállított igazolást bemutatja, a **sürgős szükség körébe tartozó ellátásokat „1"-es térítési kategóriában** a NEAK finanszírozza.
Amennyiben a beteg nem rendelkezik, vagy nem tudja bemutatni a megállapodás alapján való jogosultságát igazoló hatósági igazolást, vagy az ellátás **nem tartozik a sürgős szükség körébe**, **az ellátást a NEAK nem finanszírozza, az ellátást „4"- es térítési kategóriával kell jelölni**. Az ellátás költségeit a térítéses Betegellátó Központ által meghatározott díjtétel alapján az ellátást igénybevevő téríti.
On-line jogviszony-ellenőrzés alkalmával kapott **„NAV barna" jelzés:** A közhiteles nyilvántartás számára a NAV elektronikus adatszolgáltatás során olyan jelzést küld, miszerint a **járulékfizetésre kötelezett tartozása meghaladja a hat havi összeget.** Ezen jelzés alapján a NEAK érvényteleníti a TAJ számot az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele vonatkozásában, és így ezen időszak alatt **nem jogosult térítésmentes ellátásra a személy.**
A NAV járuléktartozás miatt érvénytelenített TAJ szám csak a NAV újabb – járuléktartozás rendezését követő – jelzése alapján kerülhet újraérvényesítésre.
Az utólagos járuléktartozás megfizetése NEM eredményezi a TAJ szám visszamenőleges újraérvényesítését, tehát az ezen időszak alatt barna lámpa mellett igénybevett ellátások díja a járuléktartozó személyt terheli. **Az ellátást a NEAK nem finanszírozza, az ellátást „4"- es térítési kategóriával kell jelenteni**. A sürgősségi ellátás természetesen nem tagadható meg. A **sürgősségi ellátás** igénybevétele során az ellátás térítési díja, amelyet egyébként a **NEAK**

alapdíjon fizetett volna az ellátásért - a 9/1993. (IV.2.) NM rendeletben meghatározott díjtételek alapján - az ellátást igénybevevőt terheli, azzal a megkötéssel, hogy a beteg által fizetendő összeg nem haladhatja meg a 750 0000 Ft-ot, az e feletti összeget a NEAK finanszírozza.. A **nem sürgősségi** ellátás költségeit a **térítéses Betegellátó Központ** által meghatározott díjtétel alapján, előre köteles az ellátást igénylő megtéríteni.

On-line jogviszony-ellenőrzés alkalmával kapott **„sárga" jelzés: érvényes TAJ, de korlátozott egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultság**. Ebben az esetben a beteg a sürgősségi fogászati ellátás kivételével nem jogosult sem fogászati, sem külföldi gyógykezelésre, illetve a transzplantációs várólistára sem kerülhet fel.
Fenti ellátások kivételével az ellátást „1"- es térítési kategóriával kell jelenteni a NEAK részére. Az ellátás költségeit a NEAK a magyar biztosítottakkal megegyező módon és mértékben finanszírozza.

VII. IGÉNYÉRVÉNYESÍTÉS SZABÁLYAI, HA NINCS TAJ-SZÁM VAGY EGYÉB OKMÁNY

Újszülött esetén: (43/1999. Korm. rendelet 4. § (4))
Újszülött ellátásának jelentése TAJ-szám hiányában a születést követő második hónap utolsó napjáig, továbbá ismeretlen TAJ számú, elhunyt személy elhalálozását megelőző ellátásának és boncolásának jelentése a NEAK által meghatározott elvek szerinti informatikai kód alkalmazásával történik az alábbiak szerint:

Az újszülött édesanyjának kilencjegyű TAJ-száma első pozícióján szereplő karaktert „8"-as számjeggyel kell helyettesíteni. Ikerszülés, illetve ikrek ellátása során az édesanya TAJ-számának első pozícióján szereplő karaktert elsőszülött esetében – az előbbiek szerint – a „8"-as, másodszülött esetében a „7"-es, harmadszülött esetében a „6"-os számjeggyel – és így tovább – kell helyettesíteni.

Példa:	
Az *újszülött édesanyjának* TAJ-száma:	030 911 389
Az *újszülött* informatikai kódja:	830 911 389
Ikrek esetén a *másodszülött* informatikai kódja:	730 911 389
a *harmadszülött* informatikai kódja:	630 911 389, stb.

A fentiek szerint képzett informatikai kód használata nem mentesíti az ellátást végző egészségügyi szolgáltatót az újszülött részére a Kormányhivatal által kiadott TAJ-szám pótlásától.
A fentiek szerint képzett informatikai kód csak a 2-es személyazonosító típussal jelenthető.

Egyéb belföldi személy: (43/1999. Korm. rendelet 4. § (5))
Amennyiben az ellátott beteg TAJ-számát az ellátáskor nem tudja igazolni, akkor ő vagy hozzátartozója a TAJ-számot igazoló okmányt az ellátást követő 15 napon belül köteles bemutatni. Ilyenkor az ellátás során a *3. számú mellékletben* feltüntetett nyomtatványt kell kitölteni és a beteggel aláíratni.
Abban az esetben, ha az ellátott személy vagy hozzátartozója a TAJ-számot igazoló okmányt az ellátást követő 15 napon belül nem mutatja be, az ellátást végző szolgáltató a finanszírozónál

kezdeményezi a TAJ-szám rendelkezésre bocsátását az ellátott személy azonosítására szolgáló, rendelkezésre álló adatok (név, születési hely, idő, anyja neve, lakcíme) megküldésével. A finanszírozótól megkapott TAJ-számon történik meg a teljesítmény jelentése.

(43/1999. Korm. rendelet 4. § (11)) A jogosultságát TAJ-számmal igazolni nem tudó belföldi személy sürgősségi ellátása esetén a szolgáltató köteles vizsgálni, hogy az Eütv. 142. § (2) bekezdés *b)* és *c)* pontja szerint nyújtott ellátások költségei behajthatóak-e más forrásból. A szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését, ha a jogosultságát TAJ-számmal igazolni nem tudó belföldi személy az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizeti meg. Az ellátás jelentése és kifizetése a (10) bekezdésben foglaltak szerint történik.

Külföldi személy: (43/1999. Korm. rendelet 4. § (10))
A Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg sürgősségi ellátása esetén a szolgáltató köteles vizsgálni, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 142. § (2) bekezdés *b)* és *c)* pontja szerint nyújtott ellátások költségei behajthatóak-e más forrásból. A szolgáltató Közösségi szabály vagy nemzetközi szerződés alapján jogosult személy esetében kezdeményezi a jogosultság- igazolás kiadását az illetékes külföldi biztosítótól. Ha a külföldi biztosító a jogosultság- igazolás kiadását megtagadja, illetve ha Közösségi szabály, valamint nemzetközi szerződés hatálya alá nem tartozó személy az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, a szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését. A szolgáltató az esetet a beteg adatlapjának megküldésével és a térítési díj megfizetésének, illetve a behajtás eredménytelenségének egyidejű igazolásával a (2) bekezdés szerint pótlólag, legfeljebb a teljesítést követő hatodik hónap 5. napjáig jelentheti a finanszírozó részére. A szolgáltatás kifizetése a (6) bekezdés szerint történik.

A Debreceni Egyetem nem ösztöndíjas – Generali Studium biztosítási kártyával rendelkező – hallgatói esetén, az ellátást a medikai rendszerben **„4"-es térítési kategória**val és **„5"-ös finanszírozói kód**dal kell rögzíteni. Az esetek finanszírozásához az elszámolási adatokat havonta az esetekről a NOKK részére kell megküldeni.

Ismeretlen személy:(43/1999. Korm. rendelet 4. § (6))
Ismeretlen, TAJ-számmal és a személy azonosítására szolgáló adatokkal nem rendelkező beteg esetén - az újszülött kivételével - annak adatlapját kell megküldeni a finanszírozónak. A szolgáltatások kifizetésére a finanszírozó által elvégzett ellenőrzést követően kerülhet sor. Amennyiben a finanszírozó az ellenőrzést az adatlap megküldésétől számított 60 napon belül nem végzi el, a szolgáltató részére ki kell fizetnie a nyújtott szolgáltatásért járó díjazást.

Ismeretlen személyazonosságú, elhunyt személy elhalálozását megelőző ellátásának és boncolásának jelentése a NEAK által meghatározott elvek szerinti informatikai kód alkalmazásával történik. A TAJ mezőben ezekben az esetekben egységesen a 900 000 007 helyettesítő TAJ szám szerepeltethető. A 900 000 007 TAJ szám csak a 6-os személyazonosító típussal jelenthető.

„ E"- adatlap: (43/1999. Korm. rendelet 4. § (8))
A szolgáltató a magyar egészségbiztosítási jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatásra nem jogosult személyek részére nyújtott ellátás után akkor jogosult térítésre, ha az ellátott személy az

ellátásra államközi szerződés, nemzetközi szerződés vagy kötelezően alkalmazandó Közösségi szabály alapján jogosult, és az adott ellátásra való jogosultságát az alkalmazandó államközi szerződés, nemzetközi szerződés vagy Közösségi szabály előírásainak megfelelően igazolta. A szolgáltató nyilvántartásának tartalmaznia kell az ellátott személy nevét, születési dátumát, állampolgárságát és az ellátás igénybevételére jogosító igazoláson feltüntetett adatokat. Az „E" térítési kategória alapján nyújtott ellátás esetén a *4. számú melléklet* kitöltése kötelező. Az államközi szerződések listáját a *2. számú melléklet* tartalmazza. A szolgáltató a *4. számú melléklet* szerinti adatokat havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig, számítógépes adathordozón megküldi a finanszírozónak.
A kihirdetett államközi szerződések, nemzetközi szerződés és az alkalmazandó Közösségi szabályok listáját, továbbá az ellátások igénybevételére jogosító igazolások mintáit a NEAK tájékoztatóban közzéteszi.

VIII. AZ EGT TAGÁLLAMAIBÓL ÉRKEZŐ BETEGEK SZÁMÁRA TÖRTÉNŐ VÉNYÍRÁS

Az EGT tagállamaiból érkező betegek számára történő vényíráskor alapvetően úgy kell eljárni, mint a magyar biztosítottak esetén, azzal a különbséggel, hogy a vényen az alábbi adatok feltüntetése szükséges:

⇒ a beteg neve, születési ideje, pontos lakcíme;
⇒ a TAJ helyett a beteg külföldi biztosítási azonosító számát kell feltüntetni;
⇒ az orvosi ellátás alapjául szolgáló igazolás betűjele, formanyomtatvány esetén: S2/E112, Európai Egészségbiztosítási Kártya, vagy az azt helyettesítő nyomtatvány esetén: EUCARD.,
⇒ a biztosítás szerinti ország kódja.

Az egészségügyi ellátásra jogosító formanyomtatványok csak a személy azonosítására alkalmas igazolvánnyal együtt érvényesek.

IX. A HATÁRON TÚLI MAGYAROK MAGYARORSZÁGI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁNAK TÁMOGATÁSA

Az egészségügyi ellátás támogatása kizárólag Ukrajnában élő, és ott lakóhellyel rendelkező, magát magyar nemzetiségűnek valló személyek esetében alkalmazható.

(59/2007.EüM. rendelet 2 – 4 §)
A magyarországi egészségügyi ellátás támogatására vonatkozó kérelmet a beteg, vagy a beteg írásbeli hozzájárulása (meghatalmazása) esetén a hozzátartozója vagy a kezelőorvosa személyesen vagy postai úton nyújthatja be a beteg lakóhelye szerinti országban az e rendelet szerinti koordinációs feladatok ellátására a miniszterrel és a nemzetpolitikáért felelős miniszterrel megállapodást kötött szervnél (a továbbiakban: koordináló szerv). A kérelmet formanyomtatványon kell benyújtani (5. sz. melléklet).

A kérelemhez mellékelni kell

a) zárt borítékban a beteg egészségügyi dokumentációjának másolatát és annak magyar nyelvű fordítását, illetve magyar nyelvű kivonatát,

b) a beteg „Magyar igazolványának" vagy a magyar állampolgárságát igazoló okiratnak a másolatát,

c) a beteg lakcímét igazoló okiratnak a másolatát,

d) a beteg nyilatkozatát arról, hogy hozzájárul a személyes adatai kezeléséhez

e) a beteg hozzájáruló nyilatkozatát, ha a beteg hozzájárul az egészségügyi adatainak a koordináló szerv, illetve a közreműködő egészségügyi szolgáltató általi megismeréséhez.

A kérelemben a kérelmező megjelölheti azt az egészségügyi szolgáltatót, ahol az egészségügyi ellátást igénybe kívánja venni.
A formai szempontból megfelelő és az ezt igazoló bélyegzővel ellátott kérelmet a koordináló szerv haladéktalanul továbbítja az Értékelő Bizottságnak. A koordináló szerv az egészségügyi dokumentáció tartalmát nem ismerheti meg.
A felmerülő költségekről való tájékoztatást a beteg magyarországi ellátását végző egészségügyi szolgáltató a tervezett beavatkozások leírásával és a 7. számú melléklet szerinti tételes költségvetési kalkuláció benyújtásával teljesíti. A tételes költségkalkulációnak - a sugárterápia és a kemoterápia kivételével - ki kell térnie azokra a költségekre is, amelyek a beavatkozás végzése során esetlegesen felmerülő körülmények miatt a tervezett költségekhez képest többletköltségként jelentkezhetnek, ide értve a beteg ellátása során a beteg állapota miatt szükségessé váló lehetséges eltéréseket a tervezett beavatkozáshoz képest. Az egészségügyi szolgáltató ezen kötelezettségének az Értékelő Bizottság megkeresésének kézhezvételétől számított 15 napon belül köteles eleget tenni.

Az Értékelő Bizottság a támogatásról szóló döntéssel egyidejűleg hagyja jóvá a tételes költségkalkulációt.
A tételes költségkalkuláció jóváhagyását követően az ellátás nyújtására kijelölt szolgáltató a kérelemben megadott elérhetőségek alapján kapcsolatba lép a magyarországi egészségügyi ellátást igénylő személlyel, vagy meghatalmazottjával a magyarországi egészségügyi ellátás részleteinek egyeztetésére.

A támogatás odaítéléséről - az egészségügyi ellátás indokoltsága és a beteg egészségi állapota alapján - a miniszter irányítása alatt működő Értékelő Bizottság dönt. A támogatásról szóló döntést az Értékelő Bizottság a kérelem beérkezésétől számított 60 napon belül hozza meg.
Az Értékelő Bizottság csak jelen szabályzat 6. *számú mellékletében* felsorolt betegségcsoportokba tartozó magyarországi egészségügyi ellátások igénybevételéhez nyújthat támogatást, mennyiben azok az Ebtv. alapján az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe vehetőek az Ebtv. szerinti biztosítottak által.
Támogatás nyújtása az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követő 90 napon belül utólag is engedélyezhető amennyiben az ellátás az Értékelő Bizottság által korábban már engedélyezett egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során felmerült előre nem látható körülmény miatt szükséges, és az előzetes engedélyezésre az eset összes körülményeire tekintettel a beteg állapotának romlása nélkül nem volt lehetőség, feltéve, hogy az a rendelet szerinti támogatások biztosítására a központi költségvetésben rendelkezésre álló összegnek a döntés időpontjában időarányosan fel nem használt, de legfeljebb egy hónapra jutó része a támogatásra fedezetet nyújt.

Nem nyújtható utólagos támogatás, ha az előzetesen engedélyezett ellátás során felmerült körülmény olyan többletköltséget okozott, amit az egészségügyi szolgáltatónak az előzetes kalkulációban jeleznie kellett volna.
Amennyiben az igényelt támogatás olyan ellátáshoz kapcsolódik, ami az Értékelő Bizottság által korábban már engedélyezett egészségügyi szolgáltatás szövődményének elhárítására irányul, abban az esetben állapítható meg utólag támogatás, ha az adott ellátás a magyar jogszabályok alapján a biztosítottak részére az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható lenne.
Az utólagos kérelmet az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követő 30 napon belül közvetlenül az Értékelő Bizottsághoz kell benyújtani azzal, hogy a kérelmet benyújthatja az egészségügyi szolgáltatást elvégző egészségügyi szolgáltató is, amennyiben rendelkezik érvényes finanszírozási szerződéssel és az egészségügyi szolgáltatás díja nem került megtérítésre. Az utólagos kérelemnek tartalmaznia kell a végzett egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó tényleges adatok alapján kitöltött tételes költségvetési kalkulációt.

Az alábbi célokra nem nyújtható támogatás:

a) a magyarországi egészségügyi szolgáltatásokra egyéb jogcímen jogosultak ellátása,
b) krónikus hemodialízis és a cadaver szerv transzplantáció,
c) a külön jogszabály szerinti sürgős szükség esetén nyújtott ellátások

Az Értékelő Bizottság meghatározza a támogatott ellátást nyújtó, finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltatót is. A szolgáltató a kérelemben megadott elérhetőségek alapján kapcsolatba lép a magyarországi egészségügyi ellátást igénylő személlyel vagy meghatalmazottjával.

A minisztériumi engedélyeztetési eljárás részét képezi az ellátást vállaló Egészségügyi Intézmény részéről egy előzetes árkalkuláció készítése is az ellátás várható költségeiről. A kérelemhez ezt az árkalkulációt is csatolni kell.

A szükséges ellenőrzések elvégzése és az esetek elszámolása érdekében, még az ellátások megkezdése előtt a beteg ellátását engedélyező Minisztériumi Határozat fénymásolatát az Egészségügyi Finanszírozási Igazgatóságra minden esetben el kell juttatni.

A költségviselés szabályai:

Amennyiben az előzetesen engedélyezett támogatás mértéke nem éri el az egészségügyi szolgáltató által a tételes költségkalkulációban meghatározott és az Értékelő Bizottság által jóváhagyott összegnek az elvégzett ellátás után a szolgáltató által elszámolt részét, a fennmaradó összeg a beteget terheli.

Amennyiben az elvégzett ellátás után a szolgáltató által elszámolt költség meghaladja a tételes költségkalkulációban a szolgáltató által bemutatott és az Értékelő Bizottság által jóváhagyott költségek mértékét, a fennmaradó összeg az ellátást végző szolgáltatót terheli, ha a többletköltséget a szolgáltatónak be kellett volna mutatnia az előzetes tételes költségvetési kalkulációban.

Amennyiben az elvégzett ellátás után a szolgáltató által elszámolt költség meghaladja a tételes költségkalkulációban a szolgáltató által bemutatott és az Értékelő Bizottság által jóváhagyott költségek mértékét, és a többletköltség előre nem látható, a beteg állapotával összefüggő, az ellátás végzése során felmerülő okból adódik, a többletköltség az ellátást igénybe vevő beteget terheli, feltéve, hogy az ellátás megszakítására és az előzetes engedélyezésre az eset összes körülményeire tekintettel a beteg állapotának romlása nélkül nem volt lehetőség. Az így felmerülő többletköltségek utólagos támogatása az ellátást követő 30 napon belül kérhető.

Amennyiben az utólagosan engedélyezett támogatás az előzetesen engedélyezett támogatással együtt sem éri el az elvégzett ellátás után az egészségügyi szolgáltató által elszámolt költségek összegét, a különbözet a beteget terheli.
Az ellátást végző egészségügyi szolgáltató a költségviselés szabályairól a beteget az ellátás igénybevételének megkezdése előtt tájékoztatni köteles. A beteg a tájékoztatás megtörténtét és a fenti szabályok tudomásulvételét aláírásával igazolja, amely nyilatkozat az ellátással kapcsolatban felmerülő és a beteget terhelő költségek tekintetében kötelezettségvállalásnak minősül. A nyilatkozat egyik eredeti példányát csatolni kell a beteg egészségügyi dokumentációjához, másik eredeti példányát a beteg részére kell átadni.

Abban az esetben, ha utólagosan kerül sor támogatás megállapítására, az egészségügyi szolgáltató köteles haladéktalanul visszafizetni a beteg vagy rá tekintettel más személy által ezt megelőzően fizetett térítési díjnak a támogatással fedezett részét. Az egészségügyi szolgáltató a visszafizetés tényét igazoló dokumentumot az utólagos támogatás részére történő átutalásától számított 45 napon belül megküldi az Értékelő Bizottság részére. Ha az egészségügyi szolgáltató ezen kötelezettségének 45 napon belül nem tesz eleget, az Értékelő Bizottság hiánypótlásra felhívja az egészségügyi szolgáltatót. Ha a hiánypótlásra felhívástól számított 15 nap eredménytelenül telik el, az egészségügyi szolgáltató köteles a számára átutalt támogatásnak a jegybanki alapkamat kétszeresével növelt összegét visszafizetni a NEAK részére, a NEAK pedig a beteg részére kifizeti a befizetett és számlával igazolt térítési díj erejéig a támogatást.
A kérelemhez csatolt egészségügyi dokumentáción túl az Értékelő Bizottság döntéséhez szükséges további vizsgálatok költségeit abban az esetben is meg kell téríteni a támogatások fedezetéül a központi költségvetésben rendelkezésre álló összeg terhére, ha az Értékelő Bizottság a támogatás tárgyában elutasító döntést hoz.

A támogatás elszámolása:

A támogatott magyarországi egészségügyi ellátásra kijelölt egészségügyi szolgáltatók a határon túli magyarok ellátási eseteit, illetve a nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat a „9 - külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása” térítési kategóriában havonta jelentik a NEAK-nek az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet szabályai szerint.

A teljesítményjelentés, az előzetesen benyújtott tételes költségkalkuláció és az annak alapján az Értékelő Bizottság által hozott jóváhagyó döntésben rögzített adatok vonatkozásában a tételes költségkalkulációban és a bizottsági döntésben szereplőkhöz képest eltérő tartalmú adatot kizárólag abban az esetben tartalmazhat, ha az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során olyan, előre nem látható körülmény merült fel, amely következtében a költségkalkulációban és a

bizottsági döntésben szereplőhöz képest részben vagy egészben más vagy több ellátást, illetve szolgáltatást kellett nyújtani.

Az ellátást elvégző egészségügyi szolgáltató az ellátás után a teljesítményjelentés alapján az előzetesen engedélyezett, illetve az utólagosan jóváhagyott támogatásra jogosult, melynek mértéke legfeljebb

a) az aktív fekvőbeteg-szakellátás tekintetében a külön jogszabály szerinti homogén betegségcsoport (HBCs) súlyszáma és az aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítményegységének mindenkori forintértéke alapján számított összeg 100%-a,

b) a járóbeteg-szakellátás tekintetében a külön jogszabály szerinti eljárás (járóbeteg-szakellátási tevékenység) pontszáma és a járóbeteg-szakellátás teljesítményegységének mindenkori forintértéke alapján számított összeg 100%-a

lehet, azzal, hogy az ellátáshoz nyújtott támogatás az e rendelet szerinti támogatások biztosítására a központi költségvetésben rendelkezésre álló összegnek a döntés időpontjában időarányosan fel nem használt, de legfeljebb egy hónapra jutó részét nem haladhatja meg.

Abban az esetben, ha az elszámolt ellátás költsége nem éri el az előzetesen engedélyezett támogatás összegét, a ténylegesen kifizetésre kerülő támogatás nem haladhatja meg az elszámolt ellátás költségét.
Tételesen finanszírozott eszközök és implantátumok beszerzéséről az egészségügyi szolgáltató gondoskodik, az e rendelet alapján támogatott ellátások során nem használhatóak az Egészségbiztosítási Alap terhére beszerzett eszközök és implantátumok. A támogatási összeg megállapítása során az eszköznek, illetve implantátumnak a számlával igazolt árát kell alapul venni.

X. HATÁRON ÁTNYÚLÓ ELLÁTÁSOK

A határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv a betegek számára a külföldi gyógykezelések igénybevételének új lehetőségét teremti meg.
Az Európai Uniós betegek a Magyarországon tervezett gyógykezelést – az ellátások egy részének kivételével – a külföldi egészségbiztosító által a gyógykezelést megelőzően kiállított engedély alapján vehetik igénybe. A jogosultság igazolására alkalmas bármely külföldi biztosító által kiállított dokumentum, amely hitelt érdemlően bizonyítja az Európai Unió tagállambeli állampolgárságát és az egészségügyi ellátásra való jogosultságát.

Az ellátás igénybe vételéhez szükséges igazolások és kötelező adattartalmuk:

- Személyazonosságot igazoló okmány:
  - vezetéknév
  - keresztnév
  - születési dátum

- EGT tagállamban fennálló biztosítást igazoló biztosítási kártya, vagy nyomtatvány:
  - vezetéknév

- keresztnév
- születési dátum
- biztosítás szerinti ország
- biztosítási szám
- külföldi biztosító neve

Az ellátás nyújtásának módja:
A határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében fokozottan érvényesül az „egyenlő elbánás elve", azaz a külföldről érkező személyek azonos elbírálás alá esnek a magyar egészségügyi ellátásra jogosult személlyel.

A kezelés természetétől függően beutaló, vagy orvosi dokumentáció bemutatása is szükséges lehet. A beutalót kiállíthatja egy másik EU tagállam egészségügyi szolgáltatója, vagy egy magyar szolgáltató. A beutaló elfogadását az egészségügyi szolgáltató akkor tagadhatja meg, ha a szolgáltató számára nem érthető, vagy nem nyújt elég információt a beteg egészségi állapotáról és az ennek alapján orvosilag szükséges ellátások köréről.

A beutalóhoz nem kötött szakellátások esetén az uniós beteg ellátását nem lehet megtagadni arra hivatkozva, hogy vonatkozásában az egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkezik.
A szolgáltató csak akkor tagadhatja meg az uniós beteg ellátását, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az uniós beteg fogadása veszélyezteti. Az elutasítást ilyen esetben írásban meg kell indokolni.

Az ellátás költségeit a külföldi beteg fizeti meg. A térítési díj nem térhet el attól a díjtól, amelyet a hazai beteg ellátásáért a NEAK térít.

Az ellátást **„T" térítési kategóriában** kell jelenteni a NEAK részére.

Eljárás magyar biztosított külföldi gyógykezelése esetén:

Amennyiben a beteg a NEAK-től küföldi gyógykezelésre engedélyt kapott, a beteg kezelőorvosa a kölföldi gyógykezelést követően köteles a külföldi gyógykezelés eredményességének felülvizsgálatát elvégezni és a 340/2013 (IX. 25.) Korm. rendelet 7. sz. mellékletét kitölteni.
Amennyiben a beteg uniós rendeletek alapján kapott engedélyt és rendelkezik S2 igazolással, az ellátást **„V" térítési kategóriával**, amennyiben határon átnyúló ellátásra kapott engedélyt , „**Y" térítési kategóriával** kell lejelenteni.

XI. MENEKÜLT/MENEKÜLT STÁTUSZT KÉRELMEZŐK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA

A menedékjogról szóló 2007. évi LXXX. törvény végrehajtásáról szóló 301/2007. (XI. 9.) Korm. rendeletben meghatározott esetekben a menekült/menedékesként elismerést kérők jogosultak az egészségügyi szakellátás szolgáltatásainak térítésmentes igénybevételére. A költségtérítés mértékét a társadalombiztosítási finanszírozásra vonatkozó hatályos rendelkezések alapján a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő állapítja meg. A Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal (továbbiakban BÁH) Regionális Igazgatósága az ellátások jogosultságát utólag, a menekült, vagy kérelmező státuszt igazoló igazolvány száma alapján igazolja.

Menekült státuszt kérelmezők ellátása

Menekült státuszt kérelmezők sürgős szükség esetén térítésmentesen vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. A jogosultság igazolása a „HUMANITÁRIUS TARTÓZKODÁSI ENGEDÉLY MENEDÉKJOGOT KÉRŐK RÉSZÉRE” megnevezésű igazolvány (7. sz. melléklet) bemutatásával történik. Az ellátást **„D” térítési kategóriában** kell jelenteni a NEAK részére, a költségét a menekültügyi hatóság téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak. Az igazolvány számát a medikai rendszerben a beteg regisztrációjakor a személyi adatoknál **„5” - menedékes igazolvány** típussal kell berögzíteni.

Az igazolvány szám minden esetben pontosan 8 karakter, melynek első két karaktere „HT”, a további 6 karakter szám. Az igazolvány szám nem tartalmazhat szóköz karaktert.

Amennyiben az ellátást nem indokolja sürgős szükség, vagy a jogosultságát nem tudja igazolni, a beteg ellátására a térítéses betegellátás szabályai szerint kerülhet sor.

Befogadottak (menekült/menedékes státuszt megkapott) ellátása

Befogadottak sürgős szükség esetén térítésmentesen vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. A jogosultság igazolása a kormányhivatal által kiállított személyi igazolvány, vagy „TARTÓZKODÁSI ENGEDÉLY” megnevezésű igazolvány (7. sz. melléklet) bemutatásával történik. Az igazolványon feltüntetett személyi adatokat a betegnyilvántartó rendszerben kell rögzíteni. Az ellátást **„H” térítési kategóriában** kell jelenteni a NEAK részére, a költségét a menekültügyi hatóság téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak. A személyi igazolvány/Tartózkodási engedély számát medikai rendszerben a beteg regisztrációjakor a személyi adatoknál **„5”- menedékes igazolvány** típussal kell berögzíteni.,

A Tartózkodási Engedély száma minden esetben pontosan 9 karakter, melynek első karaktere „H”, a további 8 karakter szám. Az igazolvány szám nem tartalmazhat szóköz karaktert.

Amennyiben az ellátást nem indokolja sürgős szükség, vagy a jogosultságát nem tudja igazolni, a beteg ellátására a térítéses betegellátás szabályai szerint kerülhet sor.

Idegenrendészeti eljárás alatt állók ellátása

A harmadik országbeli állampolgárok beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2007. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 114/2007. Korm. rendelet 138. § (1) bekezdése értelmében az őrizetbe vett, vagy közösségi szálláson elhelyezett harmadik országbeli állampolgár sürgős szükség esetén jogosult az egészségügyi szolgáltatások térítésmentes igénybevételére.
Az idegenrendészeti eljárás alatt álló - általában - őrizetes/fogvatartott személyek személyazonosító okmányokkal nem rendelkeznek, ezért jogosultságukat igazolni nem tudják. Az őrizetesek minden esetben rendőri kísérettel érkeznek. Ebben az esetben a személyi adatokat egyeztetni kell az őrzött szálláshely/fogda fenntartójával.

Az ellátást **„H" térítési kategóriában** kell jelenteni a NEAK részére, a költségét a menekültügyi hatóság téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak. Ha rendelkezésre áll, a személyi igazolvány/tartózkodási engedély számát a személyi adatoknál **„5"- menedékes igazolvány** típussal kell berögzíteni a medikai rendszerben.

Bizonyos esetekben előfordul, hogy az idegenrendészeti eljárás alatt álló személy az alábbi „IDEIGLENES TARTÓZKODÁSRA JOGOSÍTÓ IGAZOLÁS" megnevezésű igazolvánnyal (8. sz. melléklet) rendelkezik. Ezen igazolvány alapján az egészségügyi szolgáltatás térítésmentesen nem nyújtható. Amennyiben az idegenrendészeti eljárás alatt álló személy az őrzött szálláshelyet szabadon elhagyhatja (azaz nem fogvatartott), a beteg ellátására a térítéses betegellátás szabályai szerint kerülhet sor.

2022. 02.24-ét követően Ukrajnából menekülő személyek egészségügyi ellátása

Az ellátás igénybevétele előtt meg kell győződni arról, hogy a beteg menekülőnek minősül-e. Az egészségügyi szolgáltató e feladata ellátása során nyilatkoztatja a beteget, valamint menekülői minőség megállapítása érdekében jogosult megtekinteni a beteg okmányait.
A TAJ számmal nem rendelkező, menekülőnek minősülő beteg esetén az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT) működtetője az adatok rögzítése érdekében a beteg számára az EESZT-ben technikai azonosítót hoz létre, amelyhez az egészségügyi szolgáltató a következőket adatokat rögzíti:

a) azt a tényt, hogy a beteg menekülő,
b) a menekülőnek minősülő beteg okmányának okmányazonosítóját, típusát,
c) a menekülőnek minősülő beteg természetes személyazonosító adatait.

Menekülőnek minősülő beteg esetén az egészségügyi szolgáltató - amennyiben rendelkezésre áll - kezeli, és az EESZT-ben rögzíti:

a) a menedékesként elismerését kérő esetén a menekültügyi hatóság által humanitárius célból kiállított tartózkodási engedély számát vagy a menekültügyi hatóság által kiállított „Adatlap humanitárius okból történő tartózkodási engedély hivatalból történő kiadásához" okirat számát,
b) menedékesnek elismert esetén a menekültügyi hatóság által kiállított tartózkodási engedély számát,
c) ukrajnai magyar állampolgár esetén a magyar hatóság által kiállított személyazonosító igazolvány úti okmányának típusát, okmányazonosítóját.

Az egészségügyi szolgáltató valamennyi menekülőnek minősülő beteg esetén kezeli, és az EESZT-ben rögzíti az Ukrajna által kiállított úti okmányának okmányazonosítóját, típusát, ha azzal a beteg rendelkezik.

Amennyiben a beteg **TAJ számmal rendelkezik, de** társadalombiztosítási **jogviszonya nem rendezett**, az egészségügyi szolgáltató köteles nyilatkoztatni arról, hogy menekülőnek minősül-e. Ha a beteg menekülőnek minősül, az egészségügyi ellátás adatait a TAJ számmal nem rendelkező menekültekkel azonos eljárásban kell rögzíteni, azzal, hogy a technikai azonosító helyett a beteg TAJ számát kell rögzíteni.

Ukrajnából menekülő részére vényen rendelhető gyógyszer és gyógyászati segédeszköz felírása

Az Ukrajnából menekülő személyek részére társadalombiztosítási támogatással gyógyszer és gyógyászati segédeszköz rendelhető

- időbeli hatály nélkül a menedékeseknek,
- időbeli hatály nélkül a menedékesként elismerést kérőknek,
- időbeli hatály nélkül az Ukrajnában állandó lakóhellyel rendelkező magyar állampolgároknak, feltéve, hogy a magyar állampolgárságára tekintettel a szabályzat jelen pontja alá tartozó ellátások tekintetében kedvezőbb ellátásra nem jogosult, továbbá
- minden Ukrajnából menekülő, az előző felsorolásba nem tartozó személynek a Magyarországra való belépéstől számított 30 napig.

Gyógyszer és gyógyászati segédeszköz rendelés során a hatályos jogszabályoknak megfelelő vényíró szoftver alkalmazandó.

Ha az orvos által használt vényíró szoftver nem alkalmas útlevélszám, vagy az érintett magyarországi tartózkodásra való jogosultságát igazoló más dokumentum azonosító adatainak rögzítésére, az Országos Kórházi Főigazgatóság által fejlesztett és üzemeltetett, ingyenes, interneten elérhető medikai alkalmazáson (miniHIS) keresztül is lehetőség van a dokumentum azonosító adatai alapján a társadalombiztosítási támogatással történő rendelésre.

Gyógyszer és gyógyászati segédeszköz a NEAK által biztosított papír alapú vényen is rendelhető.

A megfelelő felírási kategória kiválasztását követően a vényen az alábbi adatokat kell feltüntetni:

a) útlevéllel nem rendelkező menedékes, vagy menedékesként elismerést kérő személy tekintetében (páciens azonosító típus: 5):
   - menedékes esetén a humanitárius célú tartózkodási engedély (menedékes igazolvána) száma
   - menedékesként elismerést kérő esetén az idegenrendészeti Adatlap azonosító számát
   - úti okmánnyal nem rendelkező személyek esetén a Magyarországra történő belépéskor kapott ideiglenes tartózkodási engedély számát.
b) útlevéllel rendelkező személy esetén (páciens azonosító típus: 3):
   - magyar állampolgár esetén az útlevelének, vagy a személyi igazolványának számát

- ukrán állampolgár, vagy Ukrajnában jogszerűen tartózkodó harmadik országbeli állampolgár esetén az útlevél számát. A magyarországi tartózkodás kezdő időpontjának a Magyarországra történő belépéskor az útlevélben rögzített dátumot kell tekinteni. Ennek ellenőrzése a felíró orvos kötelessége.

A vényen minden esetben a NEAK által közzétett gyógyszer- és gyógyászati segédeszköztörzsben megjelölt támogatási jogcímet kell rögzíteni a felírói jogosultságoknak megfelelően.

Általános jogcímen az orvos a gyógyszer forgalomba hozatali engedélyében meghatározott indikációkban, *az egészségügyi indikáció alapján emelt, vagy kiemelt támogatással a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás, vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. ESzCsM rendelet* 2., vagy 3. számú mellékletében meghatározott rendelési szabályoknak megfelelően rendelhet társadalombiztosítási támogatásba befogadott készítményt.

Gyógyászati segédeszközök rendelése *a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet* 9. és 10. számú mellékletében meghatározottaknak megfelelően történhet.

Elektronikus vényen történő rendelés esetén a betegnek át kell adni a felírási igazolást is. Ennek hiányában a beteget tájékoztatni kell a vényrendelés során alkalmazott beteg-azonosító típusáról:

a) 98 UIDU Ideiglenes magyarországi tartózkodás útlevél alapján,
b) 99 UMEN Menekült menedékes igazolvány alapján,

továbbá a felíráskor rögzített bizonylat típusáról:

a) 98 beteg-azonosító típus esetén az útlevél (vagy magyar állampolgár esetén a személyi igazolvány) száma
b) 99 beteg-azonosító típus esetén a menedékes igazolvány, vagy egyéb idegenrendészeti dokumentum száma.

1.sz. melléklet

AZ EURÓPAI UNIÓ/EGT TAGÁLLAMOK ORSZÁGKÓDJA

Az alábbi táblázatban felsorolt országokból érkező biztosítottak ellátása esetén alkalmazandók a Rendeletek szabályai.

Ssz.	Országkód	Megnevezés
1.	AT	Ausztria
2.	BE	Belgium
3.	BH	Bosznia-Hercegovina
4.	BG	Bulgária
5.	CG	Montenegró
6.	CY	Ciprus
7.	CZ	Cseh Köztársaság
8.	DK	Dánia
9.	EE	Észtország
10.	FI	Finnország
11.	FR	Franciaország
12.	GR	Görögország
13.	HR	Horvátország
14.	IS	Izland
15.	IE	Írország
16.	IT	Olaszország
17.	LV	Lettország
18.	LI	Liechtenstein
19.	LT	Litvánia
20.	LU	Luxemburg
21.	DE	Németország
22.	NO	Norvégia
23.	MT	Málta
24.	NL	Hollandia
25.	PL	Lengyelország
26.	PT	Portugália
27.	RO	Románia
28.	ES	Spanyolország
29.	CH	Svájc
30.	SE	Svédország
31.	SK	Szlovákia
32.	SI	Szlovénia
33.	UK	Egyesült Királyság (Nagy-Britannia)
34.	RS	Szerbia
35.	TR	Törökország
36.	AL	Albánia

*2013. július 1-től

2. sz. melléklet

Területi elven nyugvó szociálpolitikai, egészségügyi együttműködési egyezmények

Az érintett államok mindenkori aktuális listája elérhető:
http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/nemzetkozi_ugyek
Az ellátást az egyezményben részes államok valamelyikében **állampolgársággal** rendelkező személy kapja. **Heveny megbetegedés és sürgősség esetén** ellátásuk útlevelük bemutatása mellett történik.

Egyéb államok (külön egyezmény, illetve megállapodás alapján):

I. Montenegrói állampolgárok ellátása

A 2008. évi LXXII. törvénnyel kihirdetett szociális biztonsági egyezmény Magyarország és Montenegró között 2009. április 1.-től hatályos, melynek értelmében a montenegrói biztosítottak a magyarországi egészségügyi szolgáltatásokat

- ***átmeneti magyarországi tartózkodás*** során
- ***sürgősségi esetben***
- a montenegrói egészségbiztosítási pénztár illetékes szerve által kiadott, **CG/HU 111** jelű igazolással vehetik igénybe (7. sz. melléklet).

Gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz a montenegrói biztosítottak részére a CG/HU 111 jelű nyomtatvány alapján nyújtott sürgősségi ellátáshoz kapcsolódóan továbbra is kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás keretében nyújtható.

Magyarországra kiküldött montenegrói munkavállaló és családtagjai

A **kiküldetés** keretében átmenetileg Magyarországon dolgozó montenegrói biztosított a **CG/HU 111A** jelű nyomtatvánnyal (8. sz. melléklet) igazolja, hogy ő és vele együtt Magyarországon tartózkodó családtagjai szükség esetén jogosultak a magyar egészségbiztosítás ***szükséges*** szolgáltatásaira. Az igénybe vehető ellátások köre megegyezik az Európai Egészségbiztosítási Kártyával igénybe vehető szolgáltatásokkal.
A CG/HU 111A jelű nyomtatványt az azon feltüntetett személyek közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónál használhatják fel jogosultság-igazolásra, amennyiben a nyomtatvány B részét annak 7. mezőjében az illetékes magyar Regionális Egészségbiztosítási Pénztár hitelesítette**.**
A montenegrói biztosítottak Magyarországon **a dialízis kezelést kizárólag a CG/HU 112** nyomtatvánnyal (9. sz. melléklet) vehetik igénybe.

A **finanszírozás**ra vonatkozó teendők azonosak a jelen tájékoztató I. fejezetében a FINANSZÍROZÁS megnevezés alatt szereplő 1-3. pontokban közöltekkel.

A CG/HU 111 nyomtatvány megjelölése az E-adatlapon: **CG111.**
A CG/HU 111A nyomtatvány megjelölése az E-adatlapon: **CG111A**

A CG/HU 112 nyomtatvány megjelölése az E-adatlapon: **CG112**

II. Bosznia és hercegovinai állampolgárok ellátása

A 2009. évi II. törvénnyel kihirdetett szociális biztonsági egyezmény Magyarország és Bosznia és Hercegovina között 2009. augusztus 1.-től hatályos, melynek értelmében a bosznia és hercegovinai biztosítottak a magyarországi egészségügyi szolgáltatásokat

- ***átmeneti magyarországi tartózkodás*** során
- ***sürgősségi esetben***
- a bosznia és hercegovinai egészségbiztosítási pénztár illetékes szerve által kiadott, **BH/HU 111** jelű igazolással vehetik igénybe (10. sz. melléklet).

Gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz a Bosznia és Hercegovinai biztosítottak részére a BH/HU 111 jelű nyomtatvány alapján nyújtott sürgősségi ellátáshoz kapcsolódóan továbbra is kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás keretében nyújtható.
A bosznia és hercegovinai biztosítottak Magyarországon **a dialízis kezelést kizárólag a BH/HU 112** nyomtatvánnyal (11. sz. melléklet) vehetik igénybe.

A **finanszírozás**ra vonatkozó teendők azonosak a jelen tájékoztató I. fejezetében a FINANSZÍROZÁS megnevezés alatt szereplő 1-3. pontokban közöltekkel.

A BH/HU 111 nyomtatvány megjelölése az E-adatlapon: **BH111**
A BH /HU 112 nyomtatvány megjelölése az E-adatlapon: **BH112**

III. Szerb állampolgárok ellátása

1. Sürgősségi ellátások igénybevétele

A szerb biztosított személyek 2014. december 1-től sürgősségi ellátásokat a szerb biztosító által kiállított SRB/HUN 111 jelű nyomtatvánnyal vehetnek igénybe Magyarországon az egészségbiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. Fontos kiemelni, hogy az egészségügyi szolgáltató kizárólag a sürgősség körébe tartozó ellátásokat köteles nyújtani a nyomtatvány alapján. A teljesítményjelentés az „E” térítési kategória megjelölésével történik.

Az SRB/HUN 111 jelű nyomtatvány tartalmazhatja a biztosított családtagjait is. Amennyiben az egészségügyi szolgáltatást a családtag veszi igénybe, a jelentésben őt kell szerepeltetni a biztosított biztosítási számának feltüntetésével.

E körben fontos megjegyezni, hogy szerb állampolgárok részére útlevél alapján sürgősségi ellátás 2014. december 1. után nem nyújtható, viszont a koszovói és a macedón állampolgároknak útlevél alapján továbbra is nyújtani kell ezen ellátásokat. A koszovói, illetve macedón állampolgárok részére nyújtott sürgősségi ellátásokat továbbra is „3” térítési kategóriában kell jelenteni.

2. Tervezett ellátások igénybevétele

A szerb biztosított személyek a szociális biztonsági egyezmény hatályba lépését követően jogosultak tervezetten is egészségügyi szolgáltatást igénybe venni Magyarországon a szerb

biztosító által kiállított SRB/HUN 112 jelű nyomtatvány alapján. Az igénybevett tervezett ellátást „E” térítési kategóriában kell jelenteni.

IV. Kanadában biztosítottak ellátása

A 2003. évi LXIX. törvénnyel kihirdetett magyar-kanadai és Québecben a 2006. évi XVII. törvénnyel kihirdetett magyar-québeci szociális biztonsági egyezmények rendelkezései alapján Kanadában, illetve Québecben biztosított személyek a magyarországi tartózkodásuk ideje alatt igénybe vett egészségügyi szolgáltatások árát kötelesek az egészségügyi szolgáltatónak megfizetni. Ezen összeg megtérítését a kanadai, illetve québeci biztosítótól lehet kérni az ott hatályos jogszabályok szerint. Az ellátásokat „4”-es térítési kategóriában szükséges jelenteni a NEAK részére.

V. Mongol biztosítottak ellátása

A 2011. évi CXVII. törvénnyel kihirdetett magyar-mongol szociális biztonsági egyezmény rendelkezései alapján Mongóliában biztosított személyek a magyarországi tartózkodásuk ideje alatt igénybe vett egészségügyi szolgáltatások árát kötelesek az egészségügyi szolgáltatónak megfizetni. Ezen összeg megtérítését a mongóliai biztosítótól lehet kérni az ott hatályos jogszabályok szerint. Az ellátásokat „4”-es térítési kategóriában szükséges jelenteni a NEAK részére.

VI. Dél-Koreában biztosítottak ellátása

A 2006. évi LXXIX. törvénnyel kihirdetett magyar-koreai szociális biztonsági egyezmény alapján dél-koreai biztosított személyek a magyarországi tartózkodásuk ideje alatt igénybe vett egészségügyi szolgáltatások árát kötelesek az egészségügyi szolgáltatónak megfizetni. Ezen összeg megtérítését a dél-koreai biztosítótól lehet kérni az ott hatályos jogszabályok szerint. Az ellátásokat „4”-es térítési kategóriában szükséges jelenteni a NEAK részére.

VII. Ausztráliában biztosítottak ellátása

A 2011. évi CXVII. törvénnyel kihirdetett magyar-ausztrál szociális biztonsági egyezmény alapján ausztrál biztosított személyek a magyarországi tartózkodásuk ideje alatt igénybe vett egészségügyi szolgáltatások árát kötelesek az egészségügyi szolgáltatónak megfizetni. Ezen összeg megtérítését az ausztrál biztosítótól lehet kérni az ott hatályos jogszabályok szerint. Az ellátásokat „4”-es térítési kategóriában szükséges jelenteni a NEAK részére.

VIII. Indiában biztosítottak ellátása

A 2010. évi XXIX. törvénnyel kihirdetett magyar-indiai szociális biztonsági egyezmény alapján indiai biztosított személyek a magyarországi tartózkodásuk ideje alatt igénybe vett egészségügyi szolgáltatások árát kötelesek az egészségügyi szolgáltatónak megfizetni. Ezen összeg megtérítését

az indiai biztosítótól lehet kérni az ott hatályos jogszabályok szerint. Az ellátásokat „4”-es térítési kategóriában szükséges jelenteni a NEAK részére.

IX. Japánban biztosítottak ellátása

A 2013. évi CLII. törvénnyel kihirdetett magyar-japán szociális biztonsági egyezmény alapján japán biztosított személyek a magyarországi tartózkodásuk ideje alatt igénybe vett egészségügyi szolgáltatások árát kötelesek az egészségügyi szolgáltatónak megfizetni. Ezen összeg megtérítését a japán biztosítótól lehet kérni az ott hatályos jogszabályok szerint. Az ellátásokat „4”-es térítési kategóriában szükséges jelenteni a NEAK részére.

X. Moldovában biztosítottak ellátása

A 2013. évi CCXXXIII. törvénnyel kihirdetett magyar-moldovai szociális biztonsági egyezmény alapján moldovai biztosított személyek a magyarországi tartózkodásuk ideje alatt igénybe vett egészségügyi szolgáltatások árát kötelesek az egészségügyi szolgáltatónak megfizetni. Ezen összeg megtérítését a moldovai biztosítótól lehet kérni az ott hatályos jogszabályok szerint. Az ellátásokat „4”-es térítési kategóriában szükséges jelenteni a NEAK részére.

XI. Albániában biztosítottak ellátása

A 2015. évi XVIII. törvénnyel kihirdetett magyar-albán szociális biztonsági egyezmény alapján moldovai biztosított személyek a magyarországi átmeneti tartózkodásuk ideje alatt igénybe vett sürgősségi ellátásokat AL/HU 111 nyomtatvánnyal vehetik igénybe. Ezen ellátásokat „E”-es térítési kategóriában szükséges jelenteni a NEAK részére.
Tervezett magyarországi gyógykezelés igénybevételére az AL/HU 111 nyomtatvány alapján nem jogosult az albán biztosított. Ezen ellátások „4” térítési kategóriában, az ellátás díjának megfizetése mellett vehetők igénybe.

XII. Amerikai Egyesült Államokban biztosítottak ellátása

Az Amerikai Egyesült Államokban a 2015. évi XXIX. törvénnyel kihirdetett magyar-amerikai szociális biztonsági egyezmény alapján USA-ban biztosított személyek a magyarországi tartózkodásuk ideje alatt igénybe vett egészségügyi szolgáltatások árát kötelesek az egészségügyi szolgáltatónak megfizetni. Ezen összeg megtérítését az amerikai biztosítótól lehet kérni az ott hatályos jogszabályok szerint. Az ellátásokat „4”-es térítési kategóriában szükséges jelenteni a NEAK részére.

Államközi egyezmények

1.	Angola (17/1984. III. 27 MT rend.)
2.	Észak-Korea (14/1975. (V. 14.) MT rendelet) (csak a KNDK állampolgárai!)
3.	Irak (47/1978. X. 4 MT rend.)
4.	Jordánia (15/1981. V. 23 MT rend.)
5.	Jugoszlávia (1959. évi 20. tvr.) (Macedónia és Koszovó tekintetében alkalmazandó)
6.	Kuvait (33/1979. X. 14 MT rend.)
7.	Ukrajna (1963. évi 16. tvr.) Megj.: 2020. december 1-től orosz álampolgárok nem jogosultak sürgős szükség esetén térítésmentes egészségügyi ellátásra!

A szociálpolitikai és egészségügyi ellátási egyezmények alapján elsősorban, életet veszélyeztető állapotok és betegségek ellátásai, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében – a beteg állapotának stabilizálása céljából – végzett beavatkozások nyújtandók.

Az ellátásra való jogosultságot az érintett állampolgárok útlevéllel tudják igazolni.

A 3-as térítési kategóriában történő ellátás nem képezi részét az aktuális teljesítmény volumen kontrollnak.

3. sz. melléklet

N Y I L A T K O Z A T

Alulírott …….. nyilatkozom, hogy Társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi ellátásra jogosult vagyok, érvényes TAJ- számmal rendelkezem és az ellátásomat követő 15 napon belül a TAJ- számomat igazoló okiratot azon a Klinikán, ahol korábban az ellátásom történt, bemutatom.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a fenti nyilatkozatom nem felel meg a valóságnak, az ellátásom költségeit köteles vagyok megfizetni.

Kelt: Debrecen, 20..…….

Viselt név: …….. Esetszám/Törzsszám: ……

Születéskori név:…….

Születési dátum:…….

Anyja neve: …….

Szem. ig. szám: ……..

Lakcím: …….

(Személyigazolvány alapján töltendő ki)

…….……..……

a beteg saját kezű aláírása

…… …….

közreműködő személy neve aláírása

intézményi bélyegző

4. sz. melléklet

21. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

E" térítési kategória alapján történő ellátás jelentése

E-adatlap

1. Érvényes biztosítás országa (országkód)		2. Formanyomtatvány betű és számjele	
3. Vezetéknév			
4. Utónevek			
5. Születési dátum (nap/hó/év)			/ /
6. Külföldi biztosítási szám/Személyi azonosító szám			
7. Külföldi biztosító azonosító száma			-
8. Kártya azonosító száma			
9. Kártya lejárati ideje			/ /

10. Formanyomtatvány érvényessége (-tól; -ig) (év/hó/nap)	/ / - / /
11. Külföldi biztosító neve	
12. Külföldi biztosító címe	

13. Munkahely azonosító		14. Ellátás azonosító (törzsszám/napló sorszám)	
15. Az ellátás időpontja (év/hó/nap)			/ /
16. A felvétel időpontja (év/hó/nap)		17. A távozás időpontja (év/hó/nap)	

5. sz. melléklet

1. számú melléklet az 59/2007. (XII. 29.) EüM rendelethez

Formanyomtatvány

A Koordináló Szerv tölti ki!	
Beérkezés dátuma:	
Nyilvántartási szám:	
Továbbítás dátuma:	
Aláírás:	

Igénylőlap
Magyarországon történő egészségügyi szolgáltatás igénybevételére

Név	
Leánykori név	
Születési hely, idő	
Anyja neve	
Állampolgárság	
Lakhely címe	
Levelezési cím	
Telefonszám	0 0
Útlevél szám	
Kezelőorvos neve	
Kezelőorvos címe	
Kezelőorvos telefonszáma	

kezelőorvos aláírása

Dátum

Az egészségügyi ellátást az alábbi egészségügyi szolgáltatónál kívánom igénybe venni:

Jelen kérelem aláírásával igazolom, hogy magyar nemzetiségű vagyok.

Jelen kérelem aláírásával hozzájárulók, hogy az Értékelő Bizottság és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a kérelemben és a kérelemhez csatolt dokumentumokban megadott adatokat kezelje.

igénylő aláírása

6.sz. melléklet

ADATLAP

a határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásához szükséges tételes költségvetési kalkulációról

Az adatlap kitöltésének oka:	
Az ellátást nyújtó intézmény adatai:	
1. A kórház neve:	
2. Osztály neve:	
3. Osztály azonosítója:	
Az ellátást igénybevevő beteg adatai:	
4. A beteg neve:	
5. A beteg neme:	
6. Anyja neve:	
7. Születési dátuma:	
9. Személyazonosító jel:	
Az ellátás adatai:	

9. Az elvégezni tervezett beavatkozások (ideértve a beavatkozás végzése során esetlegesen felmerülõ körülmények miatt a tervezett költségekhez képest többletköltségként jelentkezhetõ, valamint a beteg ellátása során a beteg állapota miatt szükségessé váló lehetséges eltéréseket a tervezett beavatkozáshoz képest)

Megnevezés	Intézet/osztály azonosítója	J	N	S	F	M		T	Kód	L	db
-1											
-2											
-3											
-4											
-5											
-6											
-7											
-8											
-9											
-10											

10. A felvétel	**tervezett időpontja:**		**év**		**hó**		**nap**				
	tényleges dátuma		**év**		**hó**		**nap**		**óra**		**perc**
11. A távozás tervezett időpontja:			**év**		**hó**		**nap**				

Az ellátással összefüggésben felmerülő költségek:				
12. Várható HBCS/OENO:		13. Súlyszám / pontszám:		
14. Forint érték (HUF):				
15. Beültetésre/felhasználásra kerülő eszköz (implantátum stb.) várható költsége (HUF):				
16. Az ellátás összes várható költségének előzetes kalkulációja (HUF):				
17. Az összes várható költségből várhatóan a beteg által viselendő rész:				

Dátum:		**év**		**hó**		**nap**

…………………………………………………………………

az ellátásért felelős orvos

7. sz. melléklet

2. számú melléklet az 59/2007. (XII. 29.) EüM rendelethez

A határon túli magyarok részére az alábbiakban felsorolt magyarországi ellátások támogatására kerülhet sor:

a) daganatos megbetegedések műtéti megoldása a szükséges implantátumok alkalmazásával együtt, a sugárterápia és kemoterápia nélkül,

b) az idegrendszer organikus betegségeinek ellátása és idegsebészeti beavatkozások,

c) szemészeti műtéti beavatkozások,

d) a fül speciális műtéti beavatkozásai,

e) szájpadhasadék műtéti korrekciója,

f) gége-garat, légcső és tüdő speciális műtéti beavatkozásai,

g) nyelőcső elváltozások műtéti beavatkozásai,

h) emésztőrendszer fejlődési rendellenességeinek műtéti megoldása,

i) mellkas- és gerinc deformitások műtéti megoldása,

j) mozgásszervek: a traumás csonttörés esetén a szakmailag indokolt további korrekciós műtétek végzése,

k) keringési rendszer veleszületett rendellenességeinek műtéti beavatkozásai,

l) szív ingerképzési és vezetési zavarok gyógyszeres, pacemaker vagy ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) általi kezelése,

m) csont-ízületi fejlődési rendellenességek műtéti ellátása,

n) húgyivarszervek fejlődési rendellenességeinek, illetve egyéb elváltozásainak műtéti ellátása,

o) a szöveti transzplantációk közül a szaruhártya átültetés,

p) magas kockázatú terhességek, illetve a terhespatológiai esetek diagnosztikája, szükség szerinti gondozása, kezelése,

q) a beavatkozást követő hazaszállítás költségeinek határig történő biztosítása,

r) az endokrin szervek veleszületett rendellenességeinek műtéti beavatkozással történő kezelése,

s) az *a)-r)* pont szerinti kórképek megállapítására irányuló, a beteg lakóhelye szerinti országban megkezdett diagnosztika kiegészítése a magyarországi szakmai irányelveknek megfelelően,

t) az *a)-r)* pont szerinti - e rendelet alapján engedélyezett és támogatott - ellátásokhoz kapcsolódó, szakmai irányelvek alapján indokolt kontroll végzése.

8. sz. melléklet

1. Humanitárius tartózkodási engedély menedékjogot kérők részére

előlap:



hátlap:

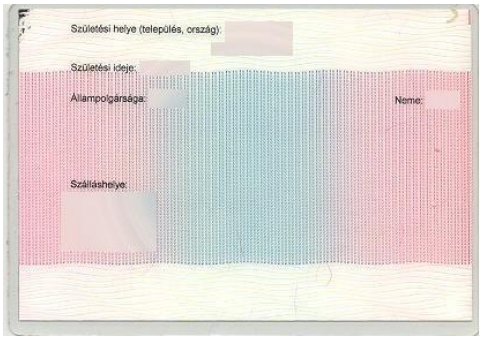


2. Tartózkodási engedély

előlap:



hátlap:



3. Ideiglenes tartózkodásra jogosító igazolás

előlap:



hátlap:



9. sz. melléklet

N Y I L A T K O Z A T

A 171/2022. (IV. 29.) Korm. rendelet 1. §. 3. pont szerinti
„menekülő” státusz igazolásáról

Alulírott ……. nyilatkozom, hogy az orosz – ukrán konfliktus következtében 2022. február 24-től Ukrajna területén dúló háborús cselekmények elől menekülve ideiglenesen tartózkodom Magyarországon. Ideiglenes magyarországi tartózkodásom során:

- ☐ menedékes státuszt kaptam
- ☐ menedékesként elismerésemet kérelmeztem
- ☐ magyar állampolgár vagyok és Ukrajnában állandó lakóhellyel rendelkezem

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a fenti nyilatkozatom nem felel meg a valóságnak, az ellátásom költségeit köteles vagyok megfizetni.

Kelt: Debrecen, 20..…….

Viselt név: …….. Esetszám/Törzsszám: ……

Születéskori név:…….

Születési hely, idő:……..

Anyja neve: ……

Útlevél/Személyi ig./Menekültügyi hatóság által kiállított okmány száma: ……..

Állampolgárság: ……..Tartózkodási hely: …….

…….……
a beteg saját kezű aláírása

…… ……..
közreműködő személy neve aláírása

intézményi bélyegző