

Különösen veszélyes (extrém)
sporttevékenység miatt bekövetkező
balesetekre vonatkozó biztosítás
általános és különös biztosítási feltételei

Hatályos: 2007. június 1-jétől



GENERALI
Biztosító

Tartalomjegyzék

A Generali-Providencia Biztosító Zrt. ügyféltájékoztatója	4
Különös veszélyes (extrém) sporttevékenység miatt bekövetkező balesetekre vonatkozó biztosítás általános és különös biztosítási feltételei	6
I. A szerződés célja	6
II. Általános feltételek	6
1. Általános rendelkezések	6
2. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei	7
3. A biztosítási díj	7
4. A biztosító szolgáltatása	7
5. A biztosító teljesítésének feltételei	8
6. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	8
7. A kockázatviselésből kizárt események	8
8. Eljárás véleménykülönbség esetén	9
9. A panaszok bejelentése, panaszforum	9
10. Elévülési idő	9
11. Egyéb rendelkezések	9
12. Személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók	9
III. Különös feltételek	10
A) Orvosi költségek térítésére vonatkozó biztosítás	10
1. Biztosítási esemény	10
2. A biztosító szolgáltatása	10
3. A biztosító teljesítésének feltételei	12
4. A kockázatviselésből kizárt események	13
B) A gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz- és gyógyászati ellátás árához nyújtott támogatásra, valamint utazási költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás	13
1. Biztosítási esemény	13
2. A biztosító szolgáltatása	13
3. A biztosító teljesítésének feltételei	13
4. A kockázatviselésből kizárt események	14
C) A baleseti halálra és 30%-ot elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó kiegészítő biztosítás	14
1. Biztosítási esemény	14
2. A biztosító szolgáltatása a biztosított extrém sport baleset miatt bekövetkező halála esetén	14
3. A biztosító szolgáltatása a biztosított extrém sport baleset miatt bekövetkező maradandó egészségkárosodása esetén	14
4. A biztosító teljesítésének feltételei	15
5. A biztosító teljesítésének határideje a biztosított maradandó egészségkárosodása esetén	15
6. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól	15
A) melléklet	16
B) melléklet – A különösen veszélyes (extrém) sporttevékenység miatt bekövetkező balesetekre vonatkozó biztosítás általános és különös biztosítási feltételeiben hivatkozott jogszabályok gyűjteménye	17
1997: LXXX. tv a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről	17
Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak	17
1997: LXXXIII. tv a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól	17
II. Gyógykezelés céljából végzett ellátások	17
319/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló	
1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet módosítása	21

52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról	21
Melléklet az 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelethez.	21
9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről	22
1. számú melléklet a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelethez	22
43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól	22
8. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez.	22
217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról	22
Utazási költségtérítés (Az Ebtv. 22. §-ához)	24
32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról	25
I. Általános rendelkezések	25
II. Fogalmak.	26
III. A gyógyszerek befogadásának és támogatásának alapelvei	26
IV. Támogatási szabályok.	27

A Generali-Providencia Biztosító Zrt. ügyféltájékoztatója

Köszönjük bizalmát, hogy biztosítási szerződés megkötésére irányuló ajánlatával a Generali-Providencia Biztosító Zrt. társasághoz fordult.

Kérjük, szíveskedjék figyelmesen elolvasni alábbi tájékoztatónkat, amelyben bemutatjuk társaságunk főbb adatait, tájékoztatjuk a fogyasztói bejelentésekkel és panaszokkal foglalkozó szervezeti egységeinkről, felügyeleti szervünk megnevezéséről és székhelyéről, az ügyfélpanaszoknak – azok jellege szerint – a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéhez, a békéltető testületekhez való előterjesztésének a lehetőségéről, a bírói út igénybevételéről, valamint megismertetjük az adatvédelem és adatkezelés legfontosabb szabályaival. Felsoroljuk továbbá azokat a szervezeteket, amelyek részére társaságunk az ügyfelek – biztosítási titkot képező – adatait a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján kiadhatja. Külön kitérünk a biztosítási ajánlat aláírása előtt szükséges leglényegesebb tudnivalókra, közöttük a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati ismeretekre, amelyek birtokában a szerződéskötési szándékát kifejező jognyilatkozatát megfontoltan teheti meg. Megjelöljük a biztosítási szerződésre vonatkozó adózással kapcsolatos szabályokat.

1. A Generali-Providencia Biztosító Zrt. – korábbi cégnevével: Generali-Providencia Biztosító Rt., majd Generali-Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság – a Providencia Osztrák-Magyar Biztosító Rt. és a Generali Budapest Biztosító Rt. egyesülésével jött létre 1999. évi április hó 30. napján. A társaság az ISVAP által vezetett olasz Biztosítói Csoportok Nyilvántartásában 26-os számon szereplő Generali Csoporthoz tartozik.

A társaság alaptőkéje (jegyzett tőkéje):	4 500 000 000 Ft
A társaság székhelye:	1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.
Telefon:	(36-1) 301-7100
A társaság egyedüli részvényese:	Generali PPF Holding B.V.
Céginformációs adatai:	Amszterdami Kereskedelmi Kamara nyilvántartásában 34275688
Székhelye:	NL-1077 XX Amsterdam, Strawinskylaan 933.

2. A biztosítási szerződésével kapcsolatos kérdésével, problémájával forduljon bizalommal biztosításközvetítőjéhez, ügyfélszolgálati irodáinkhoz, Személy-biztosítási Kompetencia Központjainkhoz, illetőleg a TeleCenter munkatársainhoz, akik a (06-40) 200-250 kék számon készséggel állnak az Ön rendelkezésére.

Információt, és támogató útmutatást – Online ügyfélszolgálat; Kapcsolatfelvétel – talál a www.generali.hu címen is.

Amennyiben munkatársaink segítő közreműködése ellenére sem sikerült felmerült problémáját megnyugtatóan rendezni, a Generali-Providencia Biztosító Zrt. Ügyfélkapcsolati Divíziójánál – 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44. – szóban (személyesen) vagy írásban (személyesen vagy más által átadott irat útján postai úton, a (06-1) 452-3927 telefax számon, vagy a generali@generali.hu elektronikus levelezési címen) élhet bejelentéssel, illetőleg a társaságunk magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát a fenti módokon és elérhetőségi címeken közölheti.

3.	A biztosító felügyeleti szerve:	Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete
	Székhely:	1013 Budapest, Krisztina krt. 39.
	Központi levélcím:	1535 Budapest, 114. Pf. 777
	Központi telefon:	(36-1) 4899-100
	Központi Fax:	(36-1) 4899-102
	Ügyfélszolgálat:	(06-40) 203-776
	E-mail:	ugyfelszolgalat@pszaf.hu

4. A fogyasztói jogokkal, azok érvényesítésével, valamint a fogyasztóvédelem intézményrendszerével kapcsolatos legalapvetőbb szabályokat a fogyasztó-védelemről szóló 1997. évi CLV. törvény tartalmazza.

A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által felügyelt tevékenység folytatására jogosult szervezeteknek, személyeknek a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete által felügyelt tevékenysége vonatkozásában fogyasztóvédelmi hatóságként a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete ellenőrzi.

- a fogyasztóval szemben tanúsítandó magatartásra vonatkozó kötelezettséget megállapító, a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletéről szóló 2007. évi CXCV. törvényben meghatározott jogszabályokban előírt rendelkezéseknek (fogyasztóvédelmi rendelkezéseknek),
- a fogyasztókkal szembeni tisztességtelen kereskedelmi gyakorlat tilalmáról szóló 2008. évi XLVII. törvény rendelkezéseinek,
- a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény rendelkezéseinek,
- és az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény rendelkezéseinek

betartását, és eljár e rendelkezések pénzügyi szervezet általi megsértése esetén.

A biztosítási szerződés létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá a szerződésszegéssel és joghatásaival kapcsolatos jogvitákban a Felügyeletnek nincs hatásköre eljárni.

A biztosítási szerződés megkötésével és teljesítésével kapcsolatos esetleges fogyasztói jogviták bírósági eljárásán kívüli rendezése érdekében kérelmet terjeszthet elő a lakóhelye, ennek hiányában a tartózkodási helye szerint illetékes békéltető testületnél. A testület eljárása megindításának feltétele, hogy a fogyasztó a biztosító társasággal közvetlenül megkísérelje a panaszügyi rendezését.

A permegelőző, konfliktuskezelő, vitarendezési eljárások közül – a békéltető testületi eljárásán kívül – a közvetítői eljárást is kezdeményezhet a közvetítői tevékenységről szóló 2002. évi LV. törvény alapján.

A fogyasztó a biztosítási szerződésből eredő igényeit a fentiekben megjelölt alternatív vitarendezési módok mellőzésével bírói úton is érvényesítheti. A bíróság eljárására a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény rendelkezései irányadóak.

5. Tájékoztatjuk, hogy a biztosító a feladatai ellátásához az ügyfelei azon biztosítási titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy a biztosítási törvényben meghatározott egyéb cél lehet. A biztosító ügyfélnek minősül a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult, a biztosító szolgáltatására jogosult más személy; az adatvédelemre vonatkozó rendelkezések alkalmazásában ügyfél az is, aki a szerződésre ajánlatot tesz.

Biztosítási titoknak minősül minden olyan – államtitoknak nem minősülő – a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó egyes ügyfeleinek (ideértve a károsultat is) személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve viszontbiztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik.

Biztosítási titkot képeznek az alábbi adatok:

- a biztosító ügyfélnek személyi adatai;
- a biztosított vagyontárgy és annak értéke;
- a biztosítási összeg;
- élet-, baleset-, betegség- és felelősségbiztosítási szerződés esetén az egészségi állapottal összefüggő adatok;
- a kifizetett biztosítási összeg mértéke és a kifizetés ideje;
- a biztosítási szerződéssel, létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggő összes lényeges tény és körülmény.

6. A biztosító a személyes adatokat, továbbá az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő, általa kezelt adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatokat addig kezelheti, ameddig a szerződés létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos, az egészségügyi állapottal közvetlenül összefüggő adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.

7. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha a törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a biztosító ügyfele vagy annak törvényes képviselője a kiszolgáltatható adatok körét pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn.

8. A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn

- a feladatkörében eljáró Felügyelettel,
- a folyamatban lévő büntető eljárás keretében eljáró nyomozó hatósággal és ügyészséggel,
- büntetőügyben, polgári ügyben, valamint a csődeljárás, illetve felszámolási eljárás ügyében eljáró bírósággal, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró bírósági végrehajtóval,
- a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel,
- az adóhatósággal abban az esetben, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozással kötelezettség, illetve, ha a biztosítási szerződésből eredő kötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli,
- a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- a biztosítóval, biztosításközvetítővel, a szaktanácsadóval, a harmadik országbeli biztosító, független biztosításközvetítő vagy szaktanácsadó magyarországi képviselőjével, ezek érdekképviseleti szervezeteivel, illetve a biztosítási, biztosításközvetítói, szaktanácsadói tevékenységgel kapcsolatos versenyfelügyeleti feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivatallal,
- a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- az egészségügyi hatósággal,
- a külön törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkosszolgálati eszközök alkalmazására, titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervezettel,
- a viszontbiztosítóval, valamint közös kockázatvállalás (együttbiztosítás) esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- a biztosítási törvényben szabályozott adattovábbítások során átadott adatok tekintetében a kötvénynyilvántartást vezető kötvénynyilvántartó szervezettel,
- az állomány-átruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében az átvevő biztosítóval,
- a kárrendezéshez és a megtérítési igény érvényesítéséhez szükséges adatok tekintetében, továbbá ezek egymásközi átadásával kapcsolatban a Kártalanítási Számlát, illetve a Kártalanítási Alapot kezelő szervezettel, a Nemzeti Irodával, a levelezővel, az Információs Központtal, a Kártalanítási Szervezettel, kárrendezési megbízottal és a kárképviselővel, illetve a károkozóval, amennyiben az önrendelkezési jogával élve a közúti közlekedési balesetével kapcsolatos kárrendezési kárelvételii jegyzőkönyvéből a balesetben érintett másik jármű javítási adataihoz kíván hozzáférni,
- a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel,
- fióktelep esetén – ha a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli biztosító székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal – a harmadik országbeli biztosítóval, biztosításközvetítővel, szaktanácsadóval,
- a feladatkörében eljáró országgyűlési biztossal,
- a kártörténetre vonatkozó adata és bonus-malus besorolásra nézve a biztosítási törvény (2003. évi LX. törvény) 109/A. § (2) bekezdésében szabályozott esetekben a biztosítóval
- a bonus-malus rendszer, az abba való besorolás, illetve a káresetek igazolásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott kártörténeti adata és bonus-malus besorolásra nézve a rendeletben szabályozott esetekben a biztosítóval

szemben, ha az a)–j), n), r) és s) pontban megjelölt szerv vagy személy írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási szerződés megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a k), l), m), p) és q) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a magyar bűnüldöző szerv, illetőleg a pénzügyi információs egységként működő hatóság – a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva, vagy nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv, illetőleg külföldi Pénzügyi Információs Egység írásbeli megkeresése teljesítése céljából – írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot a biztosítótól, amennyiben a megkeresés tartalmazza a külföldi adatkérő által aláírt titoktartási záradékot.

9. Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét

- az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyekből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
- fióktelep esetében a külföldi székhelyű vállalkozás székhelye (főirodája szerinti felügyeleti hatóság számára a felügyeleti tevékenységhez szükséges adattovábbítás, ha az megfelel a külföldi és a magyar felügyeleti hatóság közötti megállapodásban foglaltaknak,
- a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
- az összevont alapú felügyeletre és a kiegészítő felügyeletre vonatkozó törvényi rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.

10. Tagállami biztosítóhoz vagy tagállami adatfeldolgozó szervezethez (tagállami adatkezelő) történő adattovábbítást úgy kell tekinteni, mintha a Magyar Köztársaság területén belüli adattovábbításra került volna sor.

11. Társaságunk köteles az érintett ügyfél kérésére tájékoztatást adni a Biztosító által vezetett nyilvántartásokban tárolt saját adatairól, az adatkezelés céljáról, jogalapjáról, időtartamáról, az adatfeldolgozó nevről, címéről, székhelyéről és az adatkezeléssel összefüggő tevékenységéről, továbbá arról, hogy kik és milyen célból kapják vagy kapták meg az adatokat. Törvény az adattovábbításról való tájékoztatást kizárhatja. Társaságunk az érintett ügyfél által kezdeményezett adathelyesbítéseket a nyilvántartásaiban átvezetni köteles. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.

12. Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény a biztosítási szerződésekre vonatkozó adózással kapcsolatos fontos szabályokat tartalmaz. E törvény és a hozzá kapcsolódó egyéb jogszabályok tartalmazzák a biztosításért fizetendő díjra, a biztosító szolgáltatására, illetőleg a biztosítással kapcsolatos adókedvezményekre vonatkozó rendelkezéseket.

13. Felhívjuk szíves figyelmét, hogy a biztosító a biztosítási szerződésből eredő kötelezettségével összefüggésben, a károsító eseményt megelőző állapot visszaállításához vagy a bekövetkezett kár következményeinek megszüntetéséhez szükséges, általános forgalmiadó-köteles szolgáltatás ellenértéke (anyag-, javítási, illetve helyreállítási költség) után az általános forgalmi adó összegének megfelelő összeg megtérítésére csak olyan számla alapján vállalhat kötelezettséget, illetve térítheti meg azt az arra jogosultnak, amelyen feltüntetik az általános forgalmi adó összegét, vagy amelyből annak összege kiszámítható.

14. A biztosítási ajánlat aláírása előtt kérjük, szíveskedjék figyelembe venni a következőket:

- A megkötendő biztosítási szerződésre, a szerződő felek jogaira és kötelezettségeire a biztosítási szerződési feltételek és záradékok előírásai az irányadók,
- Kérjük, szíveskedjék ezeket gondosan áttanulmányozni, és ajánlatát csak ezt követően aláírni,
- A jognyilatkozatok csak írásban érvényesek. A szerződő (biztosított) nyilatkozata csak akkor hatályos, ha az a biztosító valamely szervezeti egységének a tudomására jut.

15. A biztosítási szerződésre, amennyiben a felek másként nem állapodnak meg, vagy jogszabály eltérően nem rendelkezik, a magyar jog szabályai az irányadók.

A sikeres együttműködés reményében:

Dr. Pálvölgyi Mátyás
elnök-vezérigazgató

Hegedűs Anna
ügyvezető igazgató

Különösen veszélyes (extrém) sporttevékenység miatt bekövetkező balesetekre vonatkozó biztosítás általános és különös biztosítási feltételei

A különösen veszélyes (extrém) sporttevékenység miatt bekövetkező balesetekre vonatkozó biztosítás általános és különös biztosítási feltételei a Generali-Providencia Biztosító Zrt. társasággal (a továbbiakban: biztosító) e biztosítási feltételekre hivatkozással kötött biztosítási szerződésekre (a továbbiakban: biztosítási szerződés) hatályosak, kivéve, ha a felek eltérően nem rendelkeztek. Az általános és a különös feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok előírásai megfelelően irányadóak.

I. A szerződés célja

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 18.§ (6) bekezdés e) pontja alapján nem az Egészségbiztosítási Alap terhére vehetők igénybe a külön jogszabályban meghatározott különösen veszélyes (extrém) sportolás közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások. A biztosító a különösen veszélyes (extrém) sporttevékenység miatt bekövetkező balesetekre vonatkozó biztosítási szerződéssel az extrém sportolás közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások a hatályos egészségügyi jogszabályok szerint történő megtérítésére vállal kötelezettséget a szerződési feltételekben leírt feltételekkel és eltérésekkel.

II. Általános feltételek

1. Általános rendelkezések

1.1. A biztosítási szerződés alanyai (a biztosító, a szerződő, a biztosított)

- (1) A biztosító az a jogi személy, amely a biztosítási díj ellenében a biztosítási kockázatot viseli, és a szerződésben meghatározott szolgáltatások teljesítésére kötelezettséget vállal.
- (2) Szerződő az a fél, aki a biztosítási szerződést megköti, és annak alapján a biztosítási díj megfizetésére köteles.
- (3) Biztosított kizárólag az a magyar állampolgárságú, a biztosítási kötvényen biztosítottként megjelölt természetes személy, aki
 - a) a biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában a Magyar Köztársaság területén tartózkodik, és
 - b) a biztosítási szerződés létrejöttének időpontjában, és fennállásának tartama alatt az 1997. évi LXXX. törvény értelmében a kötelező egészségbiztosítás rendszerében biztosított, vagy az egészségügyi szolgáltatásra jogosult, valamint érvényes társadalombiztosítási azonosító jellel (TAJ szám) rendelkezik, és
 - c) akinek az életével, egészségi állapotával kapcsolatos eseményekre a szerződés létrejön.
- (4) A biztosító a fentiekben meghatározott feltételek fennállását jogosult ellenőrizni.
- (5) A külföldi állampolgárságú természetes személyekre, továbbá azokra a magyar állampolgárokra, akiknek a személyében a (3) a)–c) feltételek együttesen nem állnak fenn, a biztosító a kockázatviselését kizárja, és az ilyen személyekkel létrejött szerződés érvénytelen.

- (6) A biztosító a szolgáltatását a biztosított részére nyújtja, amennyiben a felek másként nem rendelkeznek.

1.2. A biztosítási szerződés létrejötte (a biztosítási szerződés megkötése)

- (1) A biztosítási szerződés a szerződő és a biztosító által történő aláírást követően jön létre, melyet a biztosítási kötvény tanúsít. Ha a szerződő és a biztosított személye nem azonos, a szerződés megkötéséhez és módosításához a biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges.
- (2) A biztosítási szerződés érvényességének feltétele az, hogy a biztosított a szerződés létrejöttének időpontjában a Magyar Köztársaság területén tartózkodjon.
- (3) A biztosítási szerződés érvényességének további feltétele, hogy a biztosított a szerződés létrejöttének időpontjában és fennállásának tartama alatt az 1997. évi LXXX. törvény értelmében a kötelező egészségbiztosítás rendszerében biztosított, vagy az egészségügyi szolgáltatásra jogosult legyen, illetve érvényes TAJ-számmal rendelkezzen. A biztosító jogosult ezt ellenőrizni.

1.3. A szerződés hatálybalépése, a kockázatviselés kezdete, a szerződés tartama

- (1) A biztosítási szerződés a kockázatviselés kezdeteként megjelölt időpontban, de legkorábban a biztosítási díjnak a biztosító (vagy megbízottja, illetve képviselője) pénztárába történő befizetését követő nap 0. órakor lép hatályba. A díj befizetésének időpontját a biztosítási kötvényen a kiállítás dátuma jelöli. A biztosítási időszak a hatálybalépéstől a szerződésben megjelölt lejáratú időpontig tart, feltéve, hogy a biztosítási díjat maradéktalanul megfizették.
- (2) A kockázatviselés kezdetének legkésőbbi időpontja a biztosítási szerződés létrejöttétől számított legfeljebb 100. nap lehet.
- (3) A biztosítási szerződés a biztosítás lejárataként megjelölt időpontig, de legfeljebb a biztosítási szerződés hatálybalépésétől számított 365 napig tart.
- (4) A biztosító kockázatviselése a szerződés hatálybalépésének időpontjában kezdődik meg, kivéve ha a felek másként rendelkeznek.

1.4. A szerződés megszűnésének esetei

A szerződés megszűnik:

- a) a biztosítási szerződésben meghatározott lejárat napján, vagy
- b) a biztosított halálának napján, vagy
- c) ha a biztosítottnak a kötelező egészségbiztosítás rendszerében megszűnik a biztosítási jogviszonya az 1997. évi LXXX. törvény értelmében, a biztosítási jogviszony megszűnésének napján,
- d) amennyiben a szerződő díj-visszatérítési igényvel él (3.3. bekezdés szerint), a díj-visszatérítési igény benyújtásának napján, vagy
- e) a biztosító felmondásával az 1997. évi LXXXIII. törvény módosítása vagy hatályon kívül helyezése esetén, a felmondás időpontjában, vagy
- f) a különös feltételekben szabályozott egyéb esetekben.

2. A szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

2.1. A szerződő és a biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

- (1) A szerződő és a biztosított kötelesek a közlési és változásbejelentési kötelezettségüknek eleget tenni.
- (2) A közlési kötelezettség alapján a szerződő és a biztosított kötelesek szerződéskötéskor a biztosítóval közölni minden olyan körülményt, amely a biztosítás elvállalása szempontjából lényeges, és amelyet ismertek vagy ismemiük kellett. A biztosító írásban feltett kérdéseire adott hiánytalan és a valóságnak megfelelő válaszokkal, valamint a biztosító által rendszeresített formanyomtatványon szereplő nyilatkozatok valóságnak megfelelő megtételével a felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek.
- (3) A biztosító a közölt adatokat ellenőrizheti, és e célból a biztosított tevékenységére, életkörülményeire vonatkozó további kérdéseket tehet fel.
- (4) A szerződő és a biztosított kötelesek a biztosítás tartama alatt 5 munkanapon belül írásban bejelenteni az ajánlaton közölt, illetve a szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását. Lényeges körülmény az, amire a biztosító írásban kérdést tett fel, továbbá amire vonatkozóan a szerződő és a biztosított nyilatkozattételi kötelezettségét előírta, különösen a szerződő és a biztosított nevének, címének, levelezési címének, a biztosított sporttevékenységének megváltozására, a biztosított kötelező egészségbiztosítás keretében fennálló biztosítási jogviszonyának (az 1997. évi LXXX. törvény értelmében) megszűnésére vonatkozóan.

2.2. A biztosított kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettsége

- (1) A biztosított köteles bármely tevékenységének végzése során az általában elvárható gondossággal eljárni.
- (2) Baleset bekövetkezésekor haladéktalanul orvosi segítséget kell igénybe vennie, és az orvosi kezelést a gyógyító eljárás befejezéséig folytatnia kell. Az orvosi kezelés során – az orvosi javallat figyelembevételével mellett – a biztosítóval együttműködve kell eljárni.
- (3) A biztosított köteles a sporttevékenység folytatása során az adott sportágban kötelezően előírt, illetve általánosan elfogadott védőfelszereléseket használni, illetve az adott sportágra vonatkozóan kötelezően előírt, illetve általánosan elfogadott szabályokat betartani.
- (4) A biztosított köteles betartani az általa végzett sporttevékenységre vonatkozó – a tevékenység végzésének helye szerint illetékes – hatóság vagy az adott létesítmény üzemeltetőjének előírásait.
- (5) Ha az adott extrém sporttevékenység gyakorlása szakaszolati, orvosi vagy egyéb hatósági engedélyhez kötött (pl. jogosítvány), akkor a biztosított köteles a szükséges engedélyt megszerezni, illetve annak érvényességét az előírásoknak megfelelő gyakorissággal meghosszabbítani.
- (6) Ha az adott extrém sporttevékenység gyakorlása elméleti/gyakorlati vizsgához kötött, akkor a biztosított köteles a szükséges vizsgát letenni, illetve annak érvényességét az előírásoknak megfelelő gyakorissággal megújítani.
- (7) Ha az adott extrém sporttevékenység gyakorlása során alkalmazott eszköz hatósági engedély köteles, akkor a biztosított köteles a vonatkozó hatósági engedélyt beszerezni.

3. A biztosítási díj

3.1. A biztosítási díj megállapítása

- (1) A biztosítási díj a biztosító kockázatviselésének ellenértéke. A biztosítási díj mértékét a biztosítási szerződés tartalmazza.
- (2) A biztosítási díj kiszámítása a biztosítónak a szerződés megkötésének időpontjában érvényes díjszabása alapján, a biztosítottak számának, a biztosítás tartamának, szolgáltatásainak és biztosítási összegeinek a figyelembe vételével történik.

3.2. A biztosítási díj fizetése

- (1) A biztosítási szerződés egyszeri díjú. A díj a szerződés létrejöttekor esedékes.
- (2) A szerződő a biztosítási díj fizetésére vonatkozó kötelezettségét abban az időpontban teljesíti, amikor a biztosítási díjat a biztosító vagy képviselője részére megfizeti.
- (3) A biztosító díjszabásában a „Csoportos napidíj”-ként meghatározott díj akkor vehető igénybe, ha egy biztosítási szerződésben legalább 5 fő biztosított szerepel, és az így biztosított személyek biztosítása azonos időtartamra szól. „Csoportos napidíj” elnevezésű díj igénybevétele esetén a biztosítási szerződés tartama legfeljebb 30 nap.

3.3. Díjvisszatérítés

- (1) A biztosító a biztosítási díj teljes összegű visszatérítését abban az esetben vállalja, ha az alábbi feltételek együttesen teljesülnek:
 - a szerződő a díjvisszatérítésre vonatkozó igényét a biztosító vagy megbízottja azon szervezeti egységénél, ahol a biztosítási szerződést megkötötték, legkésőbb a kockázatviselés kezdete előtti napon írásban bejelenti,
 - a szerződő az adott szervezeti egység részére egyidejűleg hiánytalanul átadja a biztosítási kötvényt.
- (2) A biztosító a biztosítási díj részleges visszatérítését nem vállalja.

4. A biztosító szolgáltatása

- (1) A biztosító a biztosítási szerződés alapján a biztosítási esemény bekövetkezését és bejelentését követően, a jogalap fennállása esetén a (4) bekezdésben található táblázatban, a biztosítási szerződésben, illetve a kötvényen meghatározott csomagra, illetve választott kiegészítő biztosítás(ok)ra vonatkozóan megadott szolgáltatási összegek keretein belül teljesíti a különös feltételekben meghatározott szolgáltatásokat.
- (2) Az egészségügyi szolgáltató által megállapított térítési díjak és a biztosító szolgáltatása eltérhet egymástól.
- (3) A biztosító a szolgáltatásokat biztosítási eseményenként legfeljebb a (4) bekezdés szerinti Szolgáltatás-táblázatban megadott maximális szolgáltatási összeghatárokig nyújtja.
- (4) Szolgáltatás-táblázat

	Maximális szolgáltatási összegek (Ft)	
	Alap csomag	Extra csomag
Orvosi költségek térítése: – Járóbeteg-szakellátás – Fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás – Orvosi rehabilitáció – Fogsebészeti ellátás – Betegszállítás Kórházi ápolás esetén az általános feltételek 5.1.(1) bekezdésében szereplő bejelentési kötelezettség figyelembevételével.	8 000 000	15 000 000

	Maximális szolgáltatási összegek (Ft)	
	Alap csomag	Extra csomag
Választható kiegészítő biztosítások		
Gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz ártámogatás és utazási költségtérítésre vonatkozó biztosítás	100 000	150 000
Baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás	500 000	1 000 000
30%-ot elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás	1 000 000	2 000 000

5. A biztosító teljesítésének feltételei

5.1. A biztosító előzetes értesítése a biztosított kórházi fekvőbeteg ellátása esetén

(1) Ha a biztosítási esemény következményeként a biztosított kórházi fekvőbeteg ellátásra szorul, akkor a biztosító kizárólag az alábbi (a, b és c pontban szereplő) feltételek együttes teljesülése esetén vállalja a szolgáltatások teljesítését:

- A biztosítót a biztosítási esemény bekövetkezéséről a lehető legrövidebb időn belül (de legfeljebb 24 órán belül) értesíteni kell telefonon vagy faxon keresztül. Az értesítést a biztosító 24 órás Segítségnyújtó szolgálata (a továbbiakban: Europ Assistance) felé kell megtenni. A Europ Assistance elérhetősége: tel.: (36-1) 465-3614, fax: (36-1) 458-4445.
- A balesettel kapcsolatos rendelkezésre álló, az a) pontban leírtaknak megfelelő előzetes értesítés előtt keletkezett összes dokumentumot – baleseti jegyzőkönyv, orvosi leletek, számlák, stb. –, továbbá a kötvényt (annak hiányában az Adatok a 24h-s segítségnyújtó szolgáltatás igénybevételehez elnevezésű adatlapot) faxon el kell juttatni a Europ Assistance-hoz.
- A biztosító a szolgáltatások igénybe vételét írásban engedélyezi.

Amennyiben a biztosító előzetes értesítése a fentiek szerint nem történik meg vagy a biztosító a szolgáltatások igénybe vételét előzetesen nem engedélyezi, a biztosító a felmerült kórházi költségek megtérítését legfeljebb 50 000 Ft összeghatárig vállalja (a jogalap fennállása esetén, számla alapján).

- Abban az esetben, ha a fenti határidőt nem tartják be, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól.
- A biztosítónak jogában áll a sürgős szükség megszűnését követően a már megkezdett kórházi fekvőbeteg ellátás folytatását a biztosító által megjelölt másik kórházban megszervezni, amennyiben a biztosított az egészségi állapota alapján szállítható.
- A biztosító nem vállalja azoknak a többletköltségeknek a megtérítését, amelyek annak következtében merültek fel, hogy – bár orvosilag megengedett lett volna – a biztosított döntése vagy együttműködésének hiánya miatt a biztosító nem tudta a biztosítottat további gyógykezelés céljából a (3) pontban leírtak szerint másik kórházba átszállítani.

5.2. A biztosítási esemény bejelentésének határideje

- A biztosítási eseményt 15 napon belül írásban kell bejelenteni a biztosítónak, a szükséges felvilágosításokat meg kell adni, és lehetővé kell tenni a bejelentés és a felvilágosítás tartalmának ellenőrzését.
- Amennyiben a biztosított ezeket a kötelezettségeket nem teljesíti, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a biztosító fizetési (szolgáltatási) kötelezettsége nem áll be.

5.3. A teljesítéshez szükséges dokumentumok

A biztosítási eseményre vonatkozó bejelentés során be kell nyújtani a különös feltételekben előírt dokumentumokat.

5.4. A biztosító teljesítésének esedékessége

- A biztosító a hozzá bejelentett szolgáltatási igényt az annak elbírálásához szükséges valamennyi okmány beérkezését követő 15 napon belül teljesíti, kivéve, ha a különös feltételek másként rendelkeznek.
- Abban az esetben, ha a biztosító által kért dokumentumokat felhívás ellenére sem, vagy újból hiányosan nyújtják be, a biztosító a szolgáltatási igényt elutasíthatja, illetőleg azt a rendelkezésre álló dokumentumok alapján bírálja el.
- A biztosító elrendelheti a biztosított személyes orvosi vizsgálatát is. Ha a biztosított az orvosi vizsgálaton nem jelenik meg, a biztosító a rendelkezésére álló adatok alapján hoz döntést. A személyes orvosi vizsgálat költségeit a biztosító viseli. A biztosítottnak a személyes orvosi vizsgálaton való megjelenésével kapcsolatban felmerült költségeit a biztosított viseli.
- A biztosító a szolgáltatási összeget átutalással teljesíti. Amennyiben a biztosító szolgáltatására jogosult személy a szolgáltatást ettől eltérő módon kéri teljesíteni, az ezzel kapcsolatban felmerülő költségeket a biztosító a szolgáltatásra jogosult személyre áthárítja, és azt a szolgáltatási összegbe beszámítja.

6. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

- A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt a biztosított jogellenesen, szándékosan vagy súlyosan gondatlanul okozta.
- A biztosított súlyosan gondatlanul jár el különösen, ha a biztosítási esemény idején bizonyíthatóan alkoholos állapotban volt, illetőleg kábítószer vagy kábító hatású anyag hatása alatt állt.
- Mentesül a biztosító a szolgáltatási kötelezettségének teljesítése alól annyiban, amennyiben a biztosított a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettségeinek nem tett eleget.
- A biztosító mentesül a szolgáltatások teljesítése alól abban az esetben, ha a bejelentés során a biztosított vagy megbízottja által tett nyilatkozatok, és a hivatalos dokumentumok tartalma eltér egymástól, és emiatt lényeges körülmények kideríthetetlené válnak.
- A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól a különös feltételekben meghatározott esetekben.

7. A kockázatviselésből kizárt események

- A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka egészben vagy részben:
 - kóros elmeállapot,
 - szervedélybetegségek, valamint gyógyszer-, alkohol-, drog elvonásával összefüggésbe hozható események.
- A biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra az eseményekre, amelyek oka részben vagy egészben:
 - a biztosított olyan betegsége, amely a biztosító kockázatviselése előtti három évben bizonyíthatóan fennállott, vagy amelyet a kockázatviselést megelőző három éven belül kórisméztek, vagy amely ez idő alatt gyógykezelést igényelt,
 - a biztosítottnak a biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása.

8. Eljárás véleménykülönbőség esetén

Amennyiben a szolgáltatási igény előterjesztője a biztosító által megállapított szolgáltatás mértékét nem fogadja el, kérheti a szolgáltatási összeg felülbírálását. Az erre vonatkozó igényét a szolgáltatási igény előterjesztője köteles a biztosítótól kapott szolgáltatási összeg vagy a szolgáltatási igény elutasításáról tájékoztató levél kézhezvételétől számított 30 napon belül írásban benyújtani a biztosító felé.

9. A panaszok bejelentése, panasz fórum

- (1) A szerződéssel kapcsolatban felmerült panaszokat írásban, a biztosítónál lehet bejelenteni: Generali-Providencia Biztosító Zrt., Ügyfélkapcsolatok csoportja, 1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.
- (2) A biztosító köteles a panaszokat, bejelentéseket kivizsgálni és a vizsgálat eredményéről a panaszosnak a panasz kézhezvételétől számított 15 napon belül írásban tájékoztatást adni.
- (3) A biztosító felügyeleti szerve a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (cím: 1013 Budapest, Krisztina krt. 39.).

10. Elévülési idő

A szerződés alapján érvényesíthető igények elévülési ideje a biztosítási esemény bekövetkeztének napjától számított 2 év. Amennyiben a biztosítási esemény bejelentése ezen időtartamon belül megtörtént, akkor az elévülési idő a biztosító és a szerződő, vagy a biztosított vagy egyéb jogosult között tett utolsó jognyilatkozat átvételi időpontját (lásd 11.1. bekezdés) követő 2 év.

11. Egyéb rendelkezések

11.1. A jognyilatkozatok (bejelentések, értesítések) alaki követelményei és hatályosságának feltételei

- (1) A biztosítási szerződés alanyainak jognyilatkozatai csak írásbeli alakban érvényesek. Az írásbeli jognyilatkozat a biztosítóval szemben akkor hatályos, ha az a biztosító valamely szervezeti egységének tudomására jut. A biztosítóhoz faxon eljuttatott nyilatkozattal egyidejűleg, a nyilatkozatot levélpostai küldeményként is meg kell küldeni. A biztosító a faxon elküldött nyilatkozatokat alaki és tartalmi szempontból jogosult ellenőrizni.
- (2) Ha a biztosító a jognyilatkozatot a szerződőnek, a biztosítottnak vagy egyéb jogosultnak az általa ismert utolsó címére ajánlott levélben küldi, az abban az időpontban tekintendő megérkezettnek, amikor azt a címzés helyén átvették.
- (3) Ha a szerződő egy hónapnál hosszabb időre külföldre utazik, és a biztosítónak írásban bejelentett magyarországi kézbesítési meghatalmazotról nem gondoskodik, úgy a biztosító az általa ismert utolsó címre joghatályosan küldhet nyilatkozatot.

11.2. A biztosítási kötvény elvesztése, megsemmisülése

Ha a biztosítási kötvény megsemmisült vagy elveszett, úgy a biztosító a szerződő kérésére a hatályos eredetivel megegyező tartalmú új kötvényt állít ki. Az ezzel kapcsolatban felmerülő költségek a kérelmezőt terhelik.

11.3. Értelmező rendelkezések

11.3.1. A baleset és az extrém sport baleset fogalma

- (1) Jelen általános feltételek szempontjából baleset az a hirtelen fellépő, egyszeri, külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amely a biztosítottat akaratától függetlenül a kockázatviselés tartama alatt éri, és amellyel összefüggésben a biztosított egészségkárosodást szenved, illetve amely a biztosított halálát okozza.

- (2) Jelen általános feltételek szerint nem minősül balesetnek a biztosított öngyilkossága, öngyilkossági kísérlete, még abban az esetben sem, ha az a biztosított zavart tudatállapotában következett be.

- (3) Jelen általános feltételek szempontjából extrém sport baleset az a baleset, amely az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól 18. § (6) bekezdésében, illetve a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 5/B. §-ában meghatározott különösen veszélyes (extrém) sporttevékenység, illetve szórakoztató-szabadidős tevékenység közben következett be.

11.3.2. Az egészségügyi szolgáltató és a sürgős szükség fogalma

- (1) Jelen általános feltételek szempontjából egészségügyi szolgáltatónak minősül az a magyarországi kötelező egészségbiztosítás keretében működő egészségügyi szolgáltató, amely az 1997. évi LXXXIII. törvényben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja, és ebből a célból az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral – az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletben foglaltak szerint – szerződést kötött.

- (2) Jelen általános feltételek szempontjából a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás az az egészségügyi szolgáltatás, amelyet az egészségügyi miniszter a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról szóló 52/2006. (XII.28.) EüM rendelet 1.§-ában ily módon határozott meg.

11.3.3. Éves bérlet

„Éves bérlet” típusú biztosítási szerződés az a biztosítási szerződés, amelynél a biztosítási időszak a kockázatviselés kezdeteként megjelölt időponttól számított egy év.

11.3.4. Csoportos napidíjas biztosítás

„Csoportos napidíjas” típusú biztosítási szerződés az a biztosítási szerződés, amelynél az egy szerződés keretében biztosított személyek száma eléri az 5 főt.

11.3.5. Az OENO kódszámok és HBCs súlyszámok fogalma

- (1) A kötelező egészségbiztosítás keretében a járóbeteg szakellátó által elvégzett vizsgálatokat és beavatkozásokat a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően az ún. OENO (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása) kódokkal azonosítják. Az egyes OENO kódokhoz a hatályos jogszabályok pontszámokat rendelnek. A járóbeteg szakellátó intézményt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egészségügyi szolgáltató által elvégzett, az OENO kódszámokkal azonosított vizsgálatok és beavatkozások pontszáma alapján finanszírozza.
- (2) A kötelező egészségbiztosítás keretében a fekvőbeteg intézményben történő aktív fekvőbeteg ellátásokat a hatályos magyar jogszabályoknak megfelelően az ún. HBCs kódokkal (Homogén Betegség Csoport) azonosítják. Az egyes HBCs kódokhoz a hatályos jogszabályok súlyszámokat rendelnek. A fekvőbeteg szakellátó intézményt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egészségügyi szolgáltató által elvégzett, a HBCs kódszámokkal azonosított ellátások súlyszáma alapján finanszírozza.

12. Személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

- (1) A biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat a biztosító a (2) pontban meghatározott célokból, a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló, 1992. évi LXIII. törvény, valamint az egészségügyi és

- a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései szerint, kizárólag az érintett írásbeli hozzájárulásával kezelheti.
- (2) A szerződő és a biztosított tudomásul veszik, hogy a biztosító az ügyfeleinek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére illetve gazdálkodására vonatkozó adatait, továbbá azon üzleti titkait jogosult kezelni, amelyek a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és a biztosító szolgáltatásával összefüggenek.
Az adatkezelés célja csak a biztosítási szerződés megkötéséhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási szerződésből származó követelések megítéléséhez szükséges vagy egyéb, a biztosítóról és a biztosítási tevékenységről szóló, 2003. évi LX. törvényben meghatározott cél lehet.
- (3) A (2) pontban meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést a biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány és a hozzájárulás megadása esetén részére nem nyújtható előny.
- (4) A biztosító köteles a tudomására jutott adatokat biztosítási titokként kezelni és a biztosítási titkot időbeli korlátozás nélkül megtartani. Biztosítási titok minden olyan – államtitoknak nem minősülő – a biztosító, a biztosításközvetítő, a biztosítási szaktanácsadó rendelkezésére álló adat, amely az ügyfelek személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval kötött szerződéseire vonatkozik. A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító, a független biztosításközvetítő, a függő biztosításközvetítő tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.
- (5) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez (harmadik országbeli adatkezelő) történő adattovábbítás abban az esetben, ha a biztosító ügyfele (adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, és a harmadik országbeli adatkezelőnél a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatkezelés feltételei minden egyes adatra nézve teljesülnek, valamint a harmadik országbeli adatkezelő székhelye szerinti állam rendelkezik a magyar jogszabályok által támasztott követelményeket kielégítő adatvédelmi jogszabállyal. A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.
- (6) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét:
a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
b) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a Pénzügyminisztérium részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása.
Ezen adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.
- (7) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított 5 év elteltével, az ügyfél egészségi állapotával összefüggő adatokat vagy az adatvédelmi törvény szerint különleges adatnak minősülő adatokat – továbbítás esetén – 20 év elteltével törölni kell.
- (8) A biztosító a létre nem jött biztosítási szerződéssel kapcsolatos személyes adatot addig kezelhet, ameddig a szerződés létrejöttének megghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- (9) A biztosító köteles törölni minden olyan – ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött szerződéssel kapcsolatos – személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- (10) Az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó rendelkezések az irányadók. Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási szerződésben nevesített jogosult is gyakorolhatja.
- (11) A biztosított a szerződéskötést megelőzően nyilatkozik arról, hogy a biztosító a biztosítási szerződés megkötése, módosítása, állományban tartása és a biztosítási szerződésből származó követelések megítélése céljából a biztosított egészségi állapotával összefüggő adatokat kezelje. A biztosító egészségügyi adatnak tekinti a biztosított egészségi állapotával összefüggő, valamint az egészségbiztosítási ellátására vonatkozó adatokat. A szerződő illetve a biztosított részére kötelezően kiszolgáltatandó iratokon kívül a létrejött szerződéssel kapcsolatos valamennyi irat a biztosító birtokában marad.

III. Különös Feltételek

A) Orvosi költségek térítésére vonatkozó biztosítás

1. Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező olyan extrém sport balesete, amelynek következtében a biztosított egészségügyi ellátásra szorul.
- (2) A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkezésének időpontja.

2. A biztosító szolgáltatása

- (1) A biztosító biztosítási esemény bekövetkeztekor az egészségügyi szolgáltató (általános feltételek 11.3.2.) által a biztosított nevére kiállított, az 1997. évi LXXXIII. törvényben meghatározott magyarországi kötelező egészségbiztosítás keretében történő **járóbeteg-szakellátásról, fekvőbeteg-egészségügyi ellátásról, orvosi rehabilitációról, fogsebészeti ellátásról és betegszállításról** szóló számla összegét fizeti ki, egy biztosítási eseménnyel összesen legfeljebb az általános feltételek 4.(4) bekezdésében található Szolgáltatástáblázatban a kötvényen választott csomagra vonatkozó összeghatárig.
- (2) A biztosító kizárólag az olyan egészségügyi ellátások költségeit téríti meg, amelyeket a kötelező egészségbiztosítás keretében biztosított vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek számára (az 1997. évi LXXX. törvény értelmében) az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a hatályos törvények alapján egyébként finanszíroz (1997. évi LXXXIII. törvény, 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet és további ide vonatkozó hatályos szabályozások), beleértve a teljesítmény volumen korlát miatt egyébként nem finanszírozott ellátásokat is.

2.1. A szolgáltatás korlátozása

- (1) A biztosító nem téríti meg a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokról kiállított számla összegét, mert a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokat a Magyar Köztársaság területén tartózkodó biztosított a kötelező egészségbiztosítás keretében térítési díj nélkül veheti igénybe (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 142. §).

- (2) A biztosító nem téríti meg a mentésről kiállított számla összegét, mert a mentést a biztosított a kötelező egészségbiztosítás keretében térítési díj nélkül veheti igénybe.
- (3) Nem téríti meg a biztosító továbbá azokat a mentési költségeket sem, amelyek állami finanszírozása a kötelező egészségbiztosítás keretein belül nem az E. Alap terhére történik (pl. tűzoltóság által kiállított számla összege, barlangi mentők költségei).
- (4) A biztosító nem téríti meg a gyógyszerről, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerről, a gyógyászati segédeszközről és gyógyászati ellátásról kiállított számla összegét, továbbá a gyógyászati segédeszköz javításának és kölcsönzésének költségeit. Ez alól kivételt képez a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 1. számú mellékletében (Tételes elszámolás alá eső egyszer használatos eszközök és implantátumok jegyzéke) szereplő egyszer használatos eszköz(ök)ről és/vagy implantátum(ok)ról kiállított számla összege, feltéve, hogy a számlán szereplő egyszer használatos eszköz(öke)t vagy implantátum(oka)t a biztosított olyan műtete során használták fel, amelynek HBCs kódja és súlyszáma más implantátum finanszírozását nem tartalmazza, és az eszköz vagy implantátum felhasználása orvosilag indokolt.
- (5) A biztosító nem téríti meg az utazási költségekről kiállított számla összegét.
- (6) Amennyiben a jelen szerződés biztosítottja olyan egészségügyi szolgáltatást vesz igénybe, amelyet az 1997. évi LXXX. Törvény szerint a kötelező egészségbiztosítás keretében biztosított vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy az 1997. évi LXXXIII. törvény II. Fejezet 3. Cím A biztosított által részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások pont alapján részleges térítési díj mellett vehet igénybe, akkor a biztosító az egészségügyi szolgáltatásról szóló számla összegét az 1997. évi LXXXIII. törvény II. Fejezet 3. Cím A biztosított által részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások pontban meghatározott mértékű részleges térítési díjjal csökkenti, és az így kapott összeget téríti meg.
- (7) A biztosító nem téríti meg a külföldön történő gyógykezelés költségeit.
- (8) A biztosító nem téríti meg a magán egészségügyi szolgáltató (így különösen a magánorvos, magángyógytornász, magánkórház, magánklinika) által kiállított számla összegét, kivéve, ha az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és a magán egészségügyi szolgáltató között hatályos finanszírozási szerződés szerint a számlán szereplő szolgáltatást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a kötelező egészségbiztosítás keretében biztosított vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek (az 1997. évi LXXX. Törvény szerint) számára finanszírozza.
- (9) A biztosító nem téríti meg a háziorvos által kiállított számla összegét.
- (10) A biztosító nem téríti meg az egészségügyi szolgáltató által kiállított számla összegét, ha a számlán szereplő ellátást, illetve egyszer használatos eszköz(öke)t vagy implantátum(oka)t az egészségügyi szolgáltató az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé elszámolta.

2.2. A szolgáltatás korlátozása járóbeteg-szakellátás esetén

- (1) A biztosító adott járóbeteg ellátásra nyújtott szolgáltatása nem haladhatja meg az ugyanerre a járóbeteg ellátásra az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által az egészségügyi szolgáltatónak az OENO kódszámok alapján a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtott térítés 1,5-szeresét.

A biztosító a térítés mértékének megállapításánál az így megállapított összegből levonja a sürgős szükség miatt szükségessé vált ellátások költségeit a 2.1. (2) bekezdéssel összhangban.

- (2) A baleset miatt szükséges leggyakoribb ellátásokat – az (1) bekezdéssel összhangban – a biztosító az alábbi táblázatban megadott maximális összeghatárokig téríti meg. Minden ellátás tartalmazza a fizikális vizsgálatot, és az esetleg szükséges sebkötözést, kötőcszerét, rögzítést kötéssel, gipszkötés át-pólyázását, gipszkötés eltávolítását, kontraktúra nyújtását, az esetlegesen szükséges rehabilitációs felmérést és az alap labor vizsgálatokat.

Az ellátás tartalma	Maximális szolgáltatási összeg
1. Egyszerű vizsgálat röntgen és gipszelés nélkül	3 000 Ft
2. Vizsgálat röntgennel, gipszelés nélkül	4 500 Ft
3. Vizsgálat gipszeléssel (beleértve az esetleges gipszcserét is), röntgen nélkül	6 000 Ft
4. Vizsgálat röntgennel és gipszeléssel, beleértve az esetleges gipszcserét is	7 500 Ft
5. Vizsgálat varratszedéssel	3 000 Ft
6. Vizsgálat fémeltávolítással, bőrvarrattal, röntgennel	7 500 Ft

- (3) A baleset miatt szükséges fizioterápiát, gyógytornát és balneoterápiát – az (1) bekezdéssel összhangban – a biztosító az alábbi táblázatban megadott maximális összeghatárokig téríti meg egy biztosítási eseményből kifolyólag összesen legfeljebb 90 alkalommal, napi legfeljebb 1 alkalommal.

Az ellátás tartalma	Maximális szolgáltatási összeg
7. Fizioterápia alkalmanként, napi legfeljebb 1 alkalommal	1 000 Ft
8. Gyógytorna alkalmanként, napi legfeljebb 1 alkalommal	1 000 Ft
9. Balneoterápiás kezelés alkalmanként, napi legfeljebb 1 alkalommal	1 500 Ft

2.3. A szolgáltatás korlátozása fekvőbeteg-szakellátás esetén

- (1) A biztosító adott kórházi ápolásra nyújtott szolgáltatása nem haladhatja meg az ugyanerre a kórházi ápolásra az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által az egészségügyi szolgáltatónak a HBCs súlyszámok alapján a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtott térítés 1,5-szeresét.
- (2) A biztosító a térítés mértékének megállapításánál az (1) pontban meghatározott összegből – a 2.1. (2) bekezdéssel összhangban – levonja a sürgős szükség miatt szükségessé vált ellátások költségeit.
- (3) A 9/1993. (IV.2.) NM rendelet 1. számú mellékletében – Tételes elszámolás alá eső egyszer használatos eszközök és implantátumok jegyzéke – szereplő eszközök és implantátumok felhasználása esetén a biztosító az adott eszközről vagy implantátumról az egészségügyi szolgáltató nevére kiállított és a biztosított nevére azonosított, az eszköz vagy implantátum beszerzési árát tartalmazó számla összegét téríti meg.
- (4) Fekvőbeteg-szakellátási intézetben történő, a felső hatámapot

követő kórházi ápolás esetén a 43/1999. (III.3.) Korm. rendeletben az erre az esetre meghatározott napidíj legfeljebb kétszeresét fizeti a biztosító.

- (5) Fekvőbeteg-szakellátási intézetben történő krónikus ellátás esetén a 43/1999. (III.3.) Korm. rendeletben meghatározott napidíj legfeljebb kétszeresét fizeti a biztosító. Ez alól kivételt képeznek a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8. számú mellékletében meghatározott 00017 kódhoz tartozó ellátások (központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak), ahol a napidíj legfeljebb 1,2-szeresét fizeti meg a biztosító.
- (6) Fekvőbeteg-szakellátási intézetben történő **krónikus ellátás esetén** a biztosító legfeljebb 21 krónikus ellátási napról kiállított számla összegét fizeti meg. A 22. naptól történő krónikus ellátásra a biztosító kizárólag akkor nyújt szolgáltatást, ha azt a biztosító előzetesen írásban engedélyezte. A 22. naptól történő ellátásra vonatkozó szolgáltatást a szerződő írásban kérheti a biztosítótól, az ellátást megelőzően. A biztosító a kérést indoklás nélkül elutasíthatja.
- (7) Fekvőbeteg-szakellátási intézetben történő, a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8. számú mellékletében meghatározott 00001 (Ápolási tevékenység) és 00017 (Központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak) kódhoz tartozó krónikus ellátás esetén a biztosító – a (6) bekezdéstől eltérően – nem alkalmaz napszámra vonatkozó korlátozást.
- (8) Fekvőbeteg-szakellátási intézetben történő, a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8. számú mellékletében meghatározott 00001 (Ápolási tevékenység) és 00017 (Központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak) kódhoz tartozó krónikus ellátás esetén a biztosított vagy törvényes képviselője írásban kérheti, hogy a biztosító az általános feltételek 4. (4) Szolgáltatás-táblázatban szereplő, a kötvényen megjelölt csomagra vonatkozó maximális szolgáltatási összeg és a már teljesített szolgáltatási összeg(ek) különbségét egy összegben, egyszeri kifizetésként teljesítse. A biztosító a kérést indoklás nélkül elutasíthatja.
- (9) Amennyiben a biztosító a (8) bekezdésben szereplő esetben – a biztosított vagy törvényes képviselője írásbeli kérése alapján – teljesíti a maximális szolgáltatási összeg és a már teljesített szolgáltatási összeg(ek) különbségét, a szerződő/biztosított/törvényes képviselő további szolgáltatási igényrel a biztosító felé jelen szerződés vonatkozásában nem élhet.

2.4. A szolgáltatás korlátozása otthoni szakápolás, dialízis kezelés és fogászati ellátás esetén

- (1) A biztosító az otthoni szakápolás keretein belül legfeljebb a 43/1999. Korm. rendeletben meghatározott számú otthoni szakápolási tevékenységet tartalmazó vizitról, illetve otthoni hospice ellátási napról kiállított számla összegét téríti meg. A biztosító szolgáltatása nem haladhatja meg az Egészségügyi Minisztérium vonatkozó közleményében meghatározott mértékű vizitdíj, illetve napidíj legfeljebb kétszeresét, ezen felül területi pótlékot a biztosító nem téríti.
- (2) A biztosító a biztosított dialízis kezelése esetén nyújtott szolgáltatása nem haladhatja meg a dialízis kezelésre az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által az egészségügyi szolgáltatónak a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtott térítés 1,5-szeresét, illetve a biztosított intenzív osztályon történő dialízis kezelése esetén a 2-szeresét.
- (3) A biztosító nem téríti meg a fogászati költségekről kiállított számla összegét. Ez alól kivétel – a 2. fejezet (A biztosító szolgáltatása) (1) bekezdésben foglaltakkal összhangban – a fogsebészeti ellátásról a biztosított nevére szóló számla összege, melyet a biztosító megtérít.

Az extrém sport balesettel összefüggő, a rágóképesség helyreállítása érdekében szükséges fogpótlás esetén foganként legfeljebb 10 000 Ft szolgáltatást fizet a biztosító.

- (4) A (3) bekezdésben meghatározott szolgáltatások térítésének feltétele, hogy a biztosított a fogászati kezelés megkezdése előtt a biztosítónak benyújtja az extrém sport baleset miatt szükséges fogászati kezelést tartalmazó kezelési tervet és árajánlatot, továbbá panorámaröntgen- vagy állkapocsröntgen felvételt (nem leírást). A biztosító a benyújtott dokumentumokat elbírálja. A biztosító a szolgáltatás teljesítését a kezelési terv módosításához kötheti. A biztosító jogosult a benyújtott kezelési terv elbírálása során a szolgáltatás teljesítésének elutasítására is.

3. A biztosító teljesítésének feltételei

- (1) A szolgáltatási igényt – a biztosító telefonon vagy faxon történő előzetes értesítését követően, az általános feltételek 5.1. (1) bekezdése szerint – a számla keltét követő 15 napon belül írásban kell a biztosítónak bejelenteni.
- (2) A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek 5.2.(2) bekezdésében rögzített következményeket vonhatja maga után.
- (3) A szolgáltatási igény előterjesztésekor az alábbi iratokat kell benyújtani:
- a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul és a valóságnak megfelelően kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,
 - b) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésétől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum fénymásolatát (a sürgős szükség miatt szükségessé vált ellátások dokumentumait is),
 - c) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat (pl. baleseti jegyzőkönyv),
 - d) amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást befejező határozatot, (az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot),
 - e) a felmerült költségek névre szóló, eredeti számláit,
 - f) kórházi fekvőbeteg ellátás esetén
 - a kórház által kiállított, a biztosított nevére szóló számlát, továbbá
 - az 1997. évi LXXXIII. törvény 18. § (10) szerinti elszámolási nyilatkozat másolatát, amely tartalmazza a diagnózisok és beavatkozások kódjait (BNO és WHO kódokat) és az adott ellátáshoz tartalmazó HBCs kódot is, illetve
 - a kórházi zárójelentés másolatát,
 - g) tételes elszámolás alá eső egyszer használatos eszközök és implantátumok felhasználása esetén
 - az f) pontban meghatározott dokumentumokat, továbbá
 - az adott eszközről vagy implantátumról az egészségügyi szolgáltató nevére kiállított, az eszköz vagy implantátum beszerzési árát tartalmazó számla másolatát, az eszköz vagy implantátum biztosítóttra történő felhasználásának igazolásával (betegre azonosított számla másolata, aláírva, pecséttel ellátva), és
 - az adott eszközről vagy implantátumról az egészségügyi szolgáltató által kiállított, a biztosított nevére szóló számlát,
 - h) járóbeteg ellátás esetén
 - a járóbeteg-intézmény által kiállított, a biztosított nevére szóló számlát, továbbá
 - az ambuláns lap másolatát.

A számlának tartalmaznia kell 2.2. (2) vagy (3) bekezdésben szereplő táblázatban meghatározott ellátás sorszáma és megnevezését is. Amennyiben az ellátás nem sorolható be a

2.2. (2) vagy (3) bekezdésben szereplő táblázatokba, akkor a számlának tartalmaznia kell az elvégzett beavatkozások kódjait és azok megnevezését is (a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 2. számú melléklete szerint),

- i) betegszállítás esetén a betegszállító által kiállított, a biztosított nevére szóló számlát, megjelölve a biztosított felvételének és átadásának helyét és időpontját, és a teljesített kilométerek számát,
 - j) otthoni szakápolás esetén
 - az otthoni szakápolást elrendelő orvosi dokumentum másolatát, továbbá
 - a szakápoló által kiállított, a biztosított nevére szóló számlát, amelynek tartalmaznia kell a vizitek, illetve otthoni hospice ápolási napok számát, a teljesítés időpontját, az ellátás típusát,
 - k) dialízis kezelés esetén a dialízist végző intézmény által kiállított, a biztosított nevére szóló számlát, továbbá a kórházi zárójelentés/ambuláns lap másolatát,
 - l) fogsebészeti ellátás esetén, illetve a rágóképesség helyreállítása érdekében szükséges fogpótlásra vonatkozó szolgáltatási igény esetén
 - a fogászati kezelés megkezdése előtt a fogászati kezelést tartalmazó kezelési tervet és árajánlatot, továbbá panorámaröntgen- vagy állkapocsröntgen felvételt (nem leírást),
 - a fogászati intézmény által kiállított, a biztosított nevére szóló számlát,
 - az ambuláns lap másolatát.
 - m) az illetékes hatóság által kiállított részletes helyszíni jegyzőkönyvet,
 - n) szervezett társasutazás esetén az utazási iroda képviselőjének jegyzőkönyvét a biztosítási esemény bekövetkezésére és annak körülményeire vonatkozóan.
- (4) A biztosító bekérhet a biztosított egészségi állapotára vonatkozó előzményi adatokat is.
- (5) A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.

4. A kockázatviselésből kizárt események

A kockázatviselés nem terjed ki továbbá:

- a) természetgyógyász által nyújtott kezelésre,
- b) védőoltásra, illetve szűrővizsgálatokra,
- c) külföldön történt extrém sport baleset esetén a Magyar Köztársaság területére történő hazaérkezés időpontja előtt felmerült költségekre.

B) A gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz- és gyógyászati ellátás árához nyújtott támogatásra, valamint utazási költségtérítésre vonatkozó kiegészítő biztosítás

1. Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező olyan extrém sport balesete, amelynek következtében a biztosított 8 napon túl gyógyuló sérülést szenved, és egészségügyi ellátásra szorul.
- (2) A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkezésének időpontja.

2. A biztosító szolgáltatása

- (1) A biztosító biztosítási esemény bekövetkeztekor az orvos által a biztosított számára gyógyászati céllal rendelt receptköteles gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás árához, illetve a gyógyászati segédeszköz javítási és kölcsönzési díjához ártámogatást nyújt (a továbbiakban:

gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatás).

- (2) A biztosító biztosítási esemény bekövetkeztekor a biztosított részére az 1997. évi LXXXIII. törvény 22. §-ában, illetve a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendeletben meghatározott módon és feltételekkel utazási költségtérítést nyújt (a továbbiakban: utazási költségtérítés).
- (3) A biztosító gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatásának összege megegyezik a kötelező egészségbiztosítás keretében biztosított vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek számára (az 1997. évi LXXX. törvény értelmében) az 1997. évi LXXXIII. törvény 21. § – 21/A. § alapján, illetve az ide vonatkozó további hatályos jogszabályok alapján nyújtható ártámogatás összegével.
- (4) A biztosító által nyújtott utazási költségtérítés összege megegyezik a kötelező egészségbiztosítás keretében biztosított vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyek számára (az 1997. évi LXXX. törvény értelmében) az 1997. évi LXXXIII. törvény 22. § alapján, illetve a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet alapján nyújtható utazási költségtérítés összegével.
- (5) A biztosító kizárólag a biztosított nevére kiállított számla összegéből fizet gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatást.
- (6) A biztosító a térítés mértékének megállapításánál a biztosított esetleges közgyógyellátásra való jogosultságát nem veszi figyelembe.
- (7) A biztosító térítése biztosítási eseményenként nem haladhatja meg az általános feltételek 4.(4) bekezdésben található Szolgáltatás-táblázatban a Gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz-ártámogatás és utazási költségtérítés címszó alatti – a kötvényen megjelölt csomagra vonatkozó – összeget.

3. A biztosító teljesítésének feltételei

- (1) A szolgáltatási igényt a számla keltét követő 15 napon belül írásban kell a biztosítónak bejelenteni.
- (2) A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek 5.2.(2) bekezdésében rögzített következményeket vonhatja maga után.
- (3) A szolgáltatási igény előterjesztésekor az alábbi iratokat kell benyújtani:
 - a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul és a valóságnak megfelelően kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,
 - b) gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatásra vonatkozó szolgáltatási igény esetén
 - a biztosított nevére szóló eredeti számlát, továbbá
 - a gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás rendeléséről szóló recept fénymásolatát, vagy
 - a gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás elrendeléséről szóló orvosi dokumentumot (az ambuláns lap/kórházi zárójelentés fénymásolatát),
 - c) utazási költségtérítésre vonatkozó szolgáltatási igény esetén a
 - menetjegyet, továbbá
 - a beutalásra jogosult orvos által a biztosított nevére kiállított és az egészségügyi szolgáltatónál történő megjelenés leigazolásával ellátott utazási igazolványt,
 - az ambuláns lap fénymásolatát,
 - d) a gyógyászati segédeszköz javításának és/vagy kölcsönzésének díjáról a biztosított nevére szóló eredeti számlát,
 - e) a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, annak bekövetkezésétől a szolgáltatási igény bejelentéséig keletkezett összes orvosi dokumentum fénymásolatát (a sürgős szükség

- miatt szükségessé vált ellátások dokumentumait is),
- f) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat (pl. baleseti jegyzőkönyv),
 - g) amennyiben a biztosítási eseménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást befejező határozatot, (az eljárást megtagadó vagy megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot),
 - h) az illetékes hatóság által kiállított részletes helyszíni jegyzőkönyvet,
 - i) szervezett társasutazás esetén az utazási iroda képviselőjének jegyzőkönyvét a biztosítási esemény bekövetkezésére és annak körülményeire vonatkozóan.
- (4) A biztosító bekérhet a biztosított egészségi állapotára vonatkozó előzményi adatokat is.
 - (5) A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.

4. A kockázatviselésből kizárt események

- (1) A biztosító nem nyújt gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatást külföldön történt extrém sport baleset esetén a Magyar Köztársaság területére történő hazaérkezés időpontja előtt megvásárolt gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz árához.
- (2) A biztosító nem nyújt utazási költségtérítést külföldön történt extrém sport baleset esetén a biztosított Magyar Köztársaság területére történő hazaérkezésének időpontja előtt történő utazáshoz.
- (3) A biztosító nem nyújt gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatást a nem receptköteles, illetve OEP támogatással nem rendelkező gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz árához.

C) A baleseti halálra és 30%-ot elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó kiegészítő biztosítás

1. Biztosítási esemény

- (1) Biztosítási eseménynek minősül a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező olyan extrém sport balesete, melynek következtében a biztosított a balesetet követő egy éven belül meghal.
- (2) Biztosítási eseménynek minősül továbbá a biztosítottnak a biztosítás tartama alatt bekövetkező olyan extrém sport balesete, melynek következtében a biztosított 30%-ot elérő mértékű maradandó egészségkárosodást szenved.
- (3) Egészségkárosodásnak tekintendő az olyan testi és/vagy szellemi működőképesség-csökkenés, mely a szokásos életvitelt korlátozza.
- (4) Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha az orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. Ha az egészségkárosodás mértéke még folyamatosan változik, de a baleset napjától számított 4 év eltelt, akkor a baleset napjától eltelt 4 év letelte után a biztosító orvosszakértője megállapítja az igazolhatóan fennálló egészségkárosodás mértékét, melyet a biztosító a szolgáltatási kötelezettsége és a szolgáltatás mértéke szempontjából a baleset következtében kialakult maradandó egészségkárosodásnak tekint. A maradandó egészségkárosodás megállapítása során a munkaképesség megváltozása, és/vagy a sporttevékenység abbahagyásának kényszere nem irányadó.
A baleset következtében kialakuló hátrányos esztétikai követ-

kezmények és egyéb (szociális, anyagi, stb.) hátrányok önmagukban nem képezhetik maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény alapját.

- (5) A biztosítási esemény időpontja a baleset bekövetkezésének időpontja.

2. A biztosító szolgáltatása a biztosított extrém sport baleset miatt bekövetkező halála esetén

- (1) A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosított halála esetén az általános feltételek 4.(4) bekezdésben található Szolgáltatás-táblázatban a Baleseti eredetű halálra vonatkozó biztosítás címszó alatti – a kötvényen megjelölt csomagra vonatkozó – összeget téríti a kedvezményezett részére.
- (2) Kedvezményezett az a személy, aki a biztosítási szolgáltatásra jogosult.
- (3) A szerződő a biztosított írásbeli hozzájárulásával kedvezményezettet jelölhet meg és módosíthat.
- (4) A kedvezményezett jelölése hatályát veszti, ha a kedvezményezett a biztosítási esemény bekövetkezése előtt meghal.
- (5) A szerződésben kedvezményezett lehet:
 - a) a biztosított,
 - b) a szerződő,
 - c) a szerződésben megnevezett más személy(ek).
- (6) A biztosított életében esedékes szolgáltatások kedvezményezettje a biztosított, ha a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg.
- (7) A biztosított halála esetén a kedvezményezett a biztosított törvényes örököse, ha a szerződésben más kedvezményezettet nem neveztek meg, vagy ha a kedvezményezett jelölése hatályát veszítette, illetve érvénytelen.

3. A biztosító szolgáltatása a biztosított extrém sport baleset miatt bekövetkező maradandó egészségkárosodása esetén

- (1) A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésekor a biztosított maradandó egészségkárosodása esetén kizárólag abban az esetben teljesít szolgáltatást, ha a baleset következtében kialakult egészségkárosodás a jelen feltételek 1.(4) bekezdésének az értelmében maradandó, és annak mértéke eléri a 30%-ot.
- (2) Amennyiben a biztosított egészségkárosodásának mértéke folyamatosan változik, úgy mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van biztosítási eseményenként a bejelentett baleset napjától számított 4 évig, évenként egy alkalommal a maradandó egészségkárosodás, ill. annak mértékének orvosi megállapítását kérni, azaz mind a biztosítottnak, mind a biztosítónak joga van annak megállapítását kérni, hogy az egészségi állapot orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető. A biztosított ismételt szolgáltatási igény bejelentéssel és – a megfelelő kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló – orvosi iratainak benyújtásával kezdeményezheti az egészségkárosodás maradandóvá válásának, valamint a maradandó egészségkárosodás mértékének megállapítását.
- (3) A biztosító csak az extrém sport balesettel összefüggésben kialakult, 30%-ot elérő maradandó egészségkárosodásra teljesít szolgáltatást. A biztosító a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az általános feltételek 4.(4) bekezdésben található Szolgáltatás-táblázatban a 30%-ot elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra vonatkozó biztosítás címszó alatti – a kötvényen megjelölt csomagra vonatkozó – biztosítási összegnek a maradandó egészségkárosodás mértékével

megegyező százalékát nyújtja szolgáltatásként, ha a baleset következményeként kialakult maradandó egészségkárosodás mértéke legalább 30%-os – figyelemmel a (11) bekezdésre is.

- (4) A térítés mértékét (az egészségkárosodás fokát) a biztosító orvosa a jelen feltételek A mellékletében található táblázat alapján állapítja meg.
- (5) Ha az egészségkárosodás mértéke a táblázat alapján nem állapítható meg, úgy a szolgáltatást aszerint kell megállapítani, hogy a testi és/vagy szellemi épség orvosi szempontból milyen mértékben csökkent. A maradandó egészségkárosodás mértékét – a táblázat figyelembevételével – a biztosító orvosa állapítja meg. A baleset előtt már maradandóan károsodott, nem ép szervek, testrészek a korábbi károsodás mértékéig a biztosításból kizártak. A társadalombiztosítási szervek határozatában megállapított munkaképesség-csökkenés mértéke a biztosító orvosa által megállapítandó egészségkárosodás foka, illetve a biztosító által nyújtandó szolgáltatási összeg meghatározásánál nem irányadó. A biztosítót az egészségkárosodás maradandó jellegének, illetve az egészségkárosodás mértékének megállapítása tekintetében más orvosszakértői testületek határozata nem köti.
- (6) Egy biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás nem lehet nagyobb 100%-nál.
- (7) Ha a biztosított az egészségkárosodás véglegessé válása előtt meghal, az egészségkárosodás olyan foka után teljesítendő a szolgáltatás, amely a legutolsó orvosi vizsgálat anyaga alapján a biztosító orvosának megállapítása szerint figyelembe vehető.
- (8) Maradandó egészségkárosodásra vonatkozó szolgáltatási igény nem támasztható, ha a biztosított a balesetet követő 15 napon belül meghal.
- (9) Ha a biztosító a szolgáltatási kötelezettségét már megállapította, de a szolgáltatásként fizetendő összeg nagysága még nem állapítható meg, a biztosított követelheti a biztosítótól a tényállás alapján neki minimálisan járó összeg kifizetését.
- (10) A biztosító fenntartja magának a jogot, hogy a biztosított egészségi állapotát a biztosító által megnevezett orvosokkal ellenőriztesse.
- (11) Amennyiben a biztosító szolgáltatását követően a biztosított egészségi állapota tovább romlik ugyanannak a biztosítási eseménynek a következményeként, amely alapján a biztosító már teljesített szolgáltatást, a biztosított a megfelelő orvosi kezelés ellenére kialakuló állapotrosszabbodást igazoló orvosi iratainak benyújtásával, a (2) bekezdésben meghatározott határidőn belül ismételtén kérheti egészségi állapota felülvizsgálatát.
A felülvizsgálat eredményétől függően a biztosító a (3) bekezdés szerinti szolgáltatást teljesíti, azzal, hogy a fentebb említett biztosítási eseménnyel összefüggésben történt korábbi teljesítések összegét az utóbbi teljesített szolgáltatások összegéből le kell vonni.
Ugyanazon biztosítási esemény következményeként megállapított maradandó egészségkárosodás ilyen esetben sem lehet nagyobb 100%-nál, a (6) bekezdéssel összhangban.

4. A biztosító teljesítésének feltételei

- (1) A szolgáltatási igényt a baleset megtörténtétől számított 15 napon belül írásban kell a biztosítónak bejelenteni.
- (2) A fenti határidő elmulasztása az általános feltételek 5.2.(2) bekezdésében rögzített következményeket vonhatja maga után.
- (3) A szolgáltatási igény előterjesztésekor be kell nyújtani:
 - a) a biztosító által rendelkezésre bocsátott, hiánytalanul kitöltött szolgáltatási igénybejelentőt,
 - b) a baleseti jegyzőkönyv másolatát, amennyiben ilyen készült,
 - c) közlekedési baleset esetén a rendőrségi jegyzőkönyv másolatát,
 - d) amennyiben a biztosítási eseménnyel, vagy annak alapjául szolgáló körülménnyel kapcsolatban hatósági eljárás indult, az eljárást befejező határozatot, (így különösen az eljárást megszüntető határozatot, illetve a jogerős bírósági határozatot vagy az eljárást megtagadó határozatot),
 - e) a baleset közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges iratokat.
- (4) A biztosított halála esetén be kell nyújtani továbbá:
 - a) a halottvizsgálati bizonyítvány másolatát,
 - b) a biztosított halotti anyakönyvi kivonatának másolatát,
 - c) külföldön bekövetkezett halál esetén a halál körülményeiről a külföldi hatóság által kiállított okirat hiteles magyar fordítását,
 - d) a kedvezményezett jogosultságot igazoló okirat másolatát (jogerős hagyatékátadó végzés, öröklési bizonyítvány) feltéve, hogy a kedvezményezettet a szerződésben név szerint nem nevezték meg,
 - e) a halál – illetve a baleset – közelebbi körülményeinek tisztázásához szükséges egyéb iratokat.
- (5) A biztosított maradandó egészségkárosodása esetén be kell nyújtani továbbá a biztosítási eseménnyel kapcsolatos, a balesettől a szolgáltatási igény bejelentéséig született összes orvosi dokumentum fénymásolatát.
- (6) A biztosító bekérhet, illetve beszerezhet a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges további igazolásokat, nyilatkozatokat is.

5. A biztosító teljesítésének határideje a biztosított maradandó egészségkárosodása esetén

A biztosító a biztosított maradandó egészségkárosodása esetén az alábbi határidőkön belül teljesít:

- a) Az orvosi szempontból egyértelműen tisztázott károsodások alapján megállapított szolgáltatást a biztosító a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges utolsó irat beérkezését követő 30 napon belül,
- b) egyéb esetekben a károsodás véglegessé válását követően 30 napon belül, illetőleg legkésőbb a balesetet követő 4 év letelte után 30 napon belül.

6. A biztosító mentesülése a szolgáltatás teljesítése alól

A biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a biztosított a kedvezményezett szándékos magatartása következtében vesztette életét.

A) melléklet

A baleseti halálra és 30%-ot elérő baleseti eredetű maradandó egészségkárosodásra (rokkantságra) vonatkozó kiegészítő biztosítás különös feltételeiben hivatkozott táblázat a biztosító szolgáltatásának meghatározásához.

Jelen táblázat célja, hogy szemléltesse a biztosítási szolgáltatás megállapításának elvét. A térítés mértékét (a maradandó egészségkárosodás fokát) a biztosító orvosa az alábbiak szerint állapítja meg:

Testrészek, érzékszervek egészségkárosodása	Egészségkárosodás foka (%)
egy kar vállízülettől való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	70%
egy kar könyökízület föléig való teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	65%
egyik kar könyökízület alattig való, vagy egyik kéz teljes elvesztése, vagy teljes működésképtelensége	60%
egyik hüvelykujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	20%
egyik mutatóujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	10%
bármely más kézujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
egyik comb csípőízületben történő elvesztése vagy a csípőízület teljes működésképtelensége	70%
egyik comb részleges csonkolása vagy a térdízület teljes működésképtelensége	60%
egyik lábszár részleges csonkolása	50%
egyik bokaízület elvesztése vagy teljes működésképtelensége	30%
egyik nagylábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	5%
bármely más lábujj teljes elvesztése vagy teljes működésképtelensége	2%
mindkét szem látóképességének teljes elvesztése	100%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése	35%
egyik szem látóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik szem látóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	65%
mindkét fül hallóképességének teljes elvesztése	60%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése	15%
egyik fül hallóképességének teljes elvesztése, amennyiben a biztosított a másik fül hallóképességét már a biztosítási esemény bekövetkezte előtt elvesztette	45%
a szaglóérzék teljes elvesztése	10%
az ízlelőképesség teljes elvesztése	5%

A különösen veszélyes (extrém) sporttevékenység miatt bekövetkező balesetekre vonatkozó biztosítás általános és különös biztosítási feltételeiben hivatkozott jogszabályok gyűjteménye

1997: LXXX. tv a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről

Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak

16. §

- (1) Egészségügyi szolgáltatásra jogosult – az e törvény szerint biztosított, illetőleg a 13. § szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyeken túl – az, aki
- táppénzben, terhességi-gyermekágyi segélyben, gyermekgondozási díjban, baleseti táppénzben, baleseti járadékban,
 - a 14. § (3) bekezdése alapján saját jogán nyugdíjban, hozzátartozói nyugellátásban,
 - öregségi, munkaképtelenségi, özvegyi járadékban, növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi, özvegyi járadékban, átmeneti járadékban, rendszeres szociális járadékban, egészségkárosodási járadékban, fogyatékossági támogatásban, valamint rokkantsági járadékban,
 - nemzeti gondozási díjban (pótlékban), hadigondozotti ellátásban,
 - bányászati keresetkiegészítésben,
 - gyermekgondozási segélyben,
 - Magyarországon nyilvántartásba vett egyháztól, felekezettől nyugdíjban,
 - rendszeres szociális segélyben, időskorúak járadékában, ápolási díjban, gyermeknevelési támogatásban, munkanélküliek jövedelempótló támogatásában részesül,
 - középfokú nevelési-oktatási vagy felsőoktatási intézmény nappalintagozatán tanulmányokat folytató magyar állampolgár, valamint az a külföldi állampolgár, aki nemzetközi szerződés vagy az oktatásért felelős miniszter által adományozott ösztöndíj alapján létesített tanuló, hallgatói jogviszonyban áll,
 - megváltozott munkaképességű, és munkaképesség-változásának mértéke az 50 százalékot eléri, valamint az illetékes hatóság erre vonatkozó igazolásával rendelkezik,
 - a reá irányadó nyugdíjkorhatárt betöltötte és jövedelme nem haladja meg a minimálbér 30 százalékát,
 - a Magyar Köztársaság területén lakóhellyel rendelkező kiskorú személy,
 - személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális intézményben elhelyezett személy (ide nem értve a külföldi állampolgárt), a gyermekvédelmi rendszerben utógondozási ellátásban részesülő 18-24 éves fiatal felnőtt továbbá az illetékes magyar hatóság által ideiglenes hatállyal elhelyezett, otthont nyújtó ellátás keretében átmeneti és tartós nevelésbe vett külföldi kiskorú személy,
 - fogvatartott,
 - a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 54. §-a alapján szociálisan rászorult személy,

és erről a települési önkormányzat polgármestere hatósági bizonyítványt állított ki,

- egészségügyi szolgáltatás megszerzése érdekében kötött megállapodás alapján jogosult,
 - a 39. § (2) bekezdése szerint egészségügyi szolgáltatási járulék fizetésére kötelezett,
 - nevelőszülői tevékenységet folytat, és az e tevékenységéből származó tárgyhavi járulékalapot képező jövedelme nem éri el a minimálbér 30 százalékát, naptári napokra annak harmincad részét,
 - hajléktalan.
- (2) A 13. § hatálya alá tartozó külföldi személy az ugyanott hivatkozott külön jogszabály, illetőleg nemzetközi egyezmény szerint jogosult egészségügyi ellátásra.
- (3) Az (1) bekezdés a)-k), továbbá o), s) pontja esetében – az (1) bekezdés i) pontjában meghatározott ösztöndíjas kivételével – az egészségügyi szolgáltatásra jogosultság további feltétele, hogy az érintett személy belföldinek minősüljön.
- (4) Az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó igényjogosultságot egyszerre csak egy jogcímre tekintettel lehet megállapítani. Amennyiben a jogosultság egyszerre több jogcím alapján is megállapítható, akkor a jogcímek (1) bekezdésben foglalt felsorolása jogosultsági sorrendet jelent azzal, hogy a (2) bekezdésben meghatározott jogcím az (1) bekezdésben felsorolt jogcímeket megelőzi.
- (5) Az egészségügyi szolgáltatásra jogosult és az egészségügyi szolgáltatásra nem jogosult személyek által a biztosítástól függetlenül térítésmentesen, valamint a biztosítás alapján térítésmentesen vagy térítés ellenében, továbbá a biztosításon felül térítés ellenében igénybe vehető ellátások körét külön törvény határozza meg.

1997: LXXXIII. tv a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

II. Gyógykezelés céljából végzett ellátások

Háziorvosi ellátás

11. §

- (1) A biztosított a háziorvosi, házi gyermekorvosi (a továbbiakban együtt: háziorvosi) ellátás keretében a (2) bekezdésben foglalt feltételekkel jogosult
- az egészséges életmód segítését szolgáló tanácsadásra és egészségi állapotának folyamatos figyelemmel kísérésére,
 - betegsége esetén a háziorvosi rendelőben, illetve amennyiben egészségi állapota indokolja az otthonában történő

orvosi vizsgálatra és gyógykezelésre – ideértve az ellátás során felhasznált, az elsősegély keretében alkalmazott gyógyszert (kivéve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert), illetve kötszert is,

- c) a háziorvos által kezdeményezett, a biztosított otthonában történő szakorvosi vizsgálatra és véleményre,
 - d) krónikus betegsége esetén háziorvosi gondozásra, életvezetési tanácsadásra és a gyógykezeléshez szükséges, a biztosított vagy a gondozását végző személy által használt diagnosztikus és terápiás eszközök használatának megtartására,
 - e) a háziorvos rendelése szerint az alapellátás keretében végzett szakápolásra,
 - f) keresőképességének elbírálására,
 - g) egyéb orvosszakértői vizsgálatra és szakvéleményre, amennyiben az társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való jogosultság megállapítására irányul.
- (2) A biztosított az (1) bekezdésben foglalt szolgáltatásokat
- a) a külön jogszabály szerint választott háziorvosánál veheti igénybe,
 - b) amennyiben választott háziorvosát felkeresni nem tudja, annál a finanszírozott szolgáltató háziorvosánál veheti igénybe, amelynek ellátási területén tartózkodási helye van.

Fogászati ellátás

12. §

- (1) A biztosított – ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyt – a fogászati ellátás keretében jogosult
- a) 18 éves életkorig, ezt követően a középiskola, szakképző iskola nappali tagozatán folytatott tanulmányok ideje alatt, valamint a terhesség megállapításától a szülést követő 90 napig teljes körű alap- és szakellátásra, ide nem értve a technikai költségeket,
 - b) 18 éves életkor felett sürgősségi ellátásra, fogsebészeti ellátásra, fogköeltávolításra és az ínnyelváltozások kezelésére,
 - c) 60 éves életkor felett a b) pontban foglaltakon túl teljes körű alapellátásra és szakellátásra, ide nem értve a technikai költségeket,
 - d) az életkortól függetlenül az alapbetegséggel kapcsolatos fog- és szájbetegségek kezelésére, szakorvosi beutaló alapján fogászati góckeresésre,
 - e) a külön jogszabály szerinti fogmegtartó kezelésre.
- (2) A megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy a fogászati ellátás keretében térítésmentesen jogosult sürgősségi ellátásra.

Járóbeteg-szakellátás

13. §

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

- a) a háziorvos, a járóbeteg-szakellátás és a külön jogszabályban meghatározott egyéb orvos (a továbbiakban: beutaló orvos) beutalása alapján,
- b) az a) pontban foglaltak hiányában is, amennyiben jogszabály az adott szakellátás beutaló nélkül történő igénybevételét lehetővé teszi,

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

Fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás

14. §

- (1) A biztosított betegsége esetén a külön jogszabályban meghatározott orvos beutalása alapján jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra.
- (2) A biztosított a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás keretén belül a 19. § (1) bekezdésében foglaltak szerint jogosult
- a) a betegsége megállapításához szükséges vizsgálatokra,
 - b) az orvos előírása szerinti gyógykezelésre – ideértve a műtéti beavatkozásokat és az annak során felhasznált gyógyászati anyagokat, protetikai eszközöket is – és gyógyászati ellátásra,
 - c) a gyógykezeléséhez szükséges gyógyszerre – ideértve a vérkészítményeket is –, kötszere és ideiglenes gyógyászati segédeszközre, továbbá a gyógyászati segédeszköz használatának betanítására,
 - d) a gyógykezeléséhez szükséges ápolásra, szakápolásra, továbbá az otthonába történő távozást követő időre vonatkozó életvezetési tanácsadásra, valamint diétás tanácsadásra,
 - e) étkezésre, ideértve az orvos által rendelt diétát is,
 - f) a rendelkezésre álló, az ellátás szakmai és etikai követelményeinek megfelelő színvonalú elhelyezésre arra az időtartamra, amíg az ellátás fekvőbeteg-gyógyintézeti körülmények között indokolt.
- (3) A biztosított, külön jogszabályban foglaltak szerint jogosult, fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolásra.
- (4) A biztosított jogosult társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való jogosultság megállapítására, annak ellenőrzésére irányuló orvosszakértői véleményt megalapozó kivizsgálásra.

Orvosi rehabilitáció

16. §

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

Betegszállítás, mentés

17. §

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

18. §

- (6) Nem az E. Alap terhére vehetők igénybe:
- az Eü. tv. 142. §-a
 - (2) bekezdése a) pontjában meghatározott ellátások,
 - (3) bekezdésének c)–i) pontjában meghatározott ellátások,
 - a külön jogszabályban meghatározott munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok,
 - a külön jogszabályban meghatározott foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé,
 - a külön jogszabály által elrendelt orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre, illetve egészségbiztosítási ellátásra való jogosultság megállapítása céljából kerül sor,
 - a külön jogszabályban meghatározott különösen veszélyes (extrém) sportolás közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások,
 - hivatásos sportolók sportegészségügyi ellátása,
 - a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatás,
 - a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel,
 - az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatásos ellátás,
 - a g)–i) pontban meghatározott ellátások következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások,
 - 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,
 - a kizárólag orvosi biológiai kutatás keretében nyújtott ellátások,
 - a biztosított kísérőjének részére az egészségügyi szolgáltató által biztosított szállás és étkezés, kivéve, ha a biztosított a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény szerint fogyatékos személynek minősül,
 - a járművezetői alkalmassági vizsgálatok,
 - a lőfegyvertartásra vonatkozó orvosi alkalmassági vizsgálatok,
 - alkohol, illetve kábítószer hatása alatt állás esetén a detoxikálás,
 - alkohol, illetve kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett érvizsgálatok,
 - láttelel kiadása,
 - a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (a továbbiakban: Pp.) 307. §-ának (2) bekezdése

szerinti, az alperes elmeállapotára vonatkozó szakorvosi véleményezés,

- a nem kötelező védőoltások,
- az a)–t) pontban meghatározott ellátások keretében, annak részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.

Árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatások

21. §

- (1) A biztosított jogosult a járóbeteg-ellátás keretében gyógyászati céllal rendelt gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás árához, illetőleg a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés alatt számára rendelt végleges gyógyászati segédeszköz árához, továbbá a gyógyászati segédeszköz javítási és kölcsönzési díjához nyújtott támogatásra, amennyiben
- árához
 - forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer esetében a külön jogszabályban meghatározott hatóság,
 - magisztrális gyógyszerek esetében a külön jogszabály, támogatást állapít meg,
 - azt a finanszírozott egészségügyi szolgáltató e feladatra kijelölt orvosa, illetve az egészségbiztosítóval e feladatra szerződést kötött orvos rendeli, és
 - a rendelés a külön jogszabályban foglalt szakmai szabályok szerint történik, és
 - az adott gyógyászati segédeszköz árához, illetve kölcsönzési díjához a külön jogszabályban meghatározott eljárásrend szerint támogatást állapít meg, továbbá javítási díjához, illetőleg a gyógyászati ellátás árához külön jogszabály támogatást rendel, és
 - a kiszolgáltatásra, kölcsönzésre vagy javításra az egészségbiztosítóval e feladatra szerződött (a továbbiakban: szerződött) forgalmazónál vagy gyártónál kerül sor.
- (2) A biztosított az (1) bekezdésben foglaltakon túl akkor is jogosult a külön jogszabályban meghatározott gyógyászati segédeszköz árához nyújtott támogatásra, ha annak kiszolgáltatására egészségügyi ellátás keretében a külön jogszabályban meghatározott egészségügyi szolgáltatónál kerül sor.

21/A. §

- (1) A 21. § (1) bekezdés aa) és d) pontja szerinti hatóság által – a külön jogszabály szerint – kiemelt, indikációhoz kötött támogatásban részesített gyógyszerért a biztosított egységesen dobozonként, gyógyászati segédeszközért pedig vényenként a külön jogszabályban meghatározott összegű díjat fizet.
- (2) A 21. § (1) bekezdés ab) pontjában meghatározott magisztrális gyógyszerek árához nyújtott támogatás megállapítására vonatkozó szabályokat külön jogszabály állapítja meg.

Utazási költségtérítés

22. §

- (1) A járóbeteg-szakellátásra, a fekvőbeteg-gyógyintézetbe, továbbá gyógyászati ellátásra, rehabilitációra beutalt biztosítottat utazási költségeihez támogatás illeti meg,
- ha orvosszakértői vizsgálatra utalták vagy rendelték be; vagy
 - ha a beutalás olyan egészségügyi szolgáltatóhoz történik,
 - amely a biztosított területi ellátására kötelezett, vagy
 - amely a ba) pont szerinti egészségügyi szolgáltatónál a biztosított lakóhelyéhez (tartózkodási helyéhez) közelebb esik, ha az oda történő beutalásba a biztosított beleegyezett; vagy

- c) a megfelelő feltételekkel rendelkező, bármely más – a biztosított lakóhelyéhez (tartózkodási helyéhez) legközelebb eső – egészségügyi szolgáltatóhoz történő beutalás esetén, ha az egészségügyi szolgáltató által nyújtott ellátás biztosítására a b) pont szerinti egészségügyi szolgáltatók szakmai indokok alapján nem alkalmasak.
- (2) Amennyiben a biztosított az (1) bekezdésben említett egészségügyi ellátást azért veszi beutaló nélkül igénybe, mert egészségi állapota az azonnali ellátását indokolta, az egészségügyi szolgáltatótól otthonába (tartózkodási helyére) történő utazási költségeihez való támogatásra jogosult.
- (3) A biztosított a gyógyászati segédeszköz próbájával, illetve kiszolgáltatásával kapcsolatos utazási költségeinek támogatására akkor jogosult, ha a gyógyászati segédeszközt a tartózkodási helyéhez legközelebb eső, a rendelt gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatására az egészségbiztosítóval szerződött forgalmazónál szerzi be.
- (4) A fogyatékos gyermek korai fejlesztését és gondozását, fejlesztő felkészítését nyújtó intézmény igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költségekhez támogatás jár.
- (5) A betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló szervezett szűrővizsgálat igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költséghez támogatás jár. A biztosított a támogatásra akkor jogosult, ha a jogszabályban meghatározott szűrővizsgálatot behívás alapján vette igénybe.
- (6) Az utazási költséghez nyújtott támogatás a biztosítottal azonos módon illeti meg
- a 16 éven aluli gyermek kísérőjét,
 - 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.

A biztosított által részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

23. §

A biztosított részleges térítés mellett jogosult

- 18 éves életkor alatt fogszabályozó készülékre;
- az ellátást végző orvos 19. § (3) bekezdésében foglaltak szerinti megválasztására;
- a rágóképesség helyreállítása érdekében jogszabályban meghatározott típusú fogpótlásra;
- a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra, ha azt a biztosított beutaló nélkül veszi igénybe, kivéve az Eütv. 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó – külön jogszabályban megnevezett – ellátásokat;
- a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásnak a beutalási rendtől eltérő igénybevételére, ide nem értve az Eütv. 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó – külön jogszabályban megnevezett – ellátásokat;
- saját kezdeményezésére az ellátás 19. § (1) bekezdésében foglaltaktól – többletköltséget okozó – eltérő tartalommal történő igénybevételére;
- amennyiben a szolgáltatónál az ehhez szükséges feltételek rendelkezésre állnak saját kezdeményezésére
 - egyéni igényei szerinti étkezésre,
 - az egészségi állapota által nem indokolt, a 14. § (2) bekezdés f) pontjától eltérő, az intézmény e célra kijelölt részlegében magasabb színvonalú elhelyezésre;

- amennyiben állapota indokolja az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is;
- az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében foglalt esetekben szanatóriumi ellátásra;
- az egészségügyi ellátás keretében igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra;
- külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásra, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél.

24. §

- 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.
- Az e fejezetben foglaltak szerint megállapított részleges térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik azzal, hogy a szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét. A 23. § b) pontja alapján fizetett részleges térítési díjból az egészségügyi szolgáltató a térítési díj ellenében végzett ellátásban közreműködő személyeket a szabályzatában meghatározott módon külön juttatásban részesítheti.
- A 23. § c) pontjában meghatározott fogászati ellátások térítési díját 15%-kal csökkenteni kell, amennyiben a biztosított részt vett a külön jogszabályban előírt, időszakos fogászati szűrővizsgálaton.
- A finanszírozott egészségügyi szolgáltató a biztosított részére külön térítési díj ellenében abban az esetben nyújthatja a 23. § g) pontjának gb) alpontja szerinti többletszolgáltatást, ha
 - a biztosított az egészségügyi szolgáltatónál az ellátást a többletszolgáltatás nélkül is igénybe vehetné, és
 - az egészségügyi szolgáltató a többletszolgáltatás nyújtása mellett a finanszírozási szerződése szerinti kapacitáson folyamatosan és teljeskörűen tud ellátást nyújtani.

25. §

- 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.
- 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.
- A (2) bekezdésben foglaltak alapján a részleges térítési díj számításánál
 - a 23. § f) pontja tekintetében a vizsgálati és terápiás rend szerinti és az attól eltérő ellátáshoz szükséges diagnosztikus és terápiás anyag- és gyógyszerköltség különbözetét, valamint fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás esetén az ebből eredő többlet ápolási időt is, az ápolási naponkénti étkezési és elhelyezési költséggel,
 - a 23. § ga) pontja tekintetében az intézeti nyersanyagnorma és a többlet-nyersanyagköltség különbözetét kell alapul venni.

- (4) A 23. § gb) pontja tekintetében a szolgáltató ápolási naponkénti díjat állapít meg.
- (5) A részleges térítési díjat külön jogszabály állapítja meg a 23. § a), c), e) és k), valamint h) és i) pontjában foglalt ellátások tekintetében.
- (6) A biztosított által a 23. § b) és d) pontja alapján fizetendő részleges térítési díj mértéke annak az összegnek a 30 százaléka, ami az adott ellátásért a külön jogszabályban foglaltak szerint az egészségbiztosító felé elszámolható, azzal, hogy a biztosított által fizetendő összeg nem haladhatja meg a külön jogszabályban meghatározott összeget.

319/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet
A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló
1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló
217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet módosítása

5/B. §

Az Ebtv. 18. §-a (6) bekezdésének e) pontja alkalmazásában különösen veszélyes (extrém) sportnak minősül:

- vízisízés,
- jet-ski,
- vadvízi evezés,
- hegy- és sziklamászás az V. foktól,
- magashegyi expedíció,
- barlangászat,
- bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping),
- falmászás,
- roncsautó (auto-crash) sport, rally,
- hőlégballonozás,
- félkezes és nyílttengeri vitorlázás,
- sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés.

52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet
A sürgős szükség körébe tartozó egyes
egészségügyi szolgáltatásokról

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 83. §-ának (7) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján a következőket rendelem el:

1. §

Az Ebtv. 18/A. § (6) bekezdése f) pontjának, valamint az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 142. § (2) bekezdése c) pontjának alkalmazásában a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet a mellékletben meghatározott, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében – a beteg állapotának stabilizálásáig – végeznek.

2. §

Az Ebtv. 23. §-a d) és e) pontjának alkalmazásában a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet a mellékletben meghatározott, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése

érdekében fekvőbeteg-ellátás keretében végeznek, a diagnózis felállításától a tisztázott kórállapot első alkalommal történő szakszerű ellátásáig.

Melléklet az 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelethez

Sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek

- Életet veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyével járó (külső vagy belső) vérzés
- Átmeneti keringés- és/vagy légzésleállással járó állapotok (Pl. embolia, Adams-Stokes-Morgagni szindróma, syncope, fulladások, életet veszélyeztető ritmuszavarok, klinikai halál állapota)
- Életveszélyes endokrin- és anyagcsere állapotok, a folyadék- és ionháztartás életveszélyes zavarai
- Központi idegrendszeri kompresszió veszélyével járó kórképek (Pl. agyödéma, fejfájás, szédülés, tumor, gyulladás, fejlődési rendellenesség, trauma)
- Eszméletlen állapotok
- Status epilepticus és tüneti görcsrohamok
- Hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, szem-sérülés
- Szepszis
- Magas halálozású, vagy súlyos szövődmények kialakulásának veszélyével járó hirtelen fellépő, vagy progresszív, nem-sebészeti betegségek és érkatasztrófák ellátása
- Szülés, koraszülés, lepényleválás, súlyos terhességi toxémia, eclampsia újszülött ellátása, akut nőgyógyászati vérzés
- Sokk megelőző és sokkos állapotok, életveszélyes allergiás és anaphylaxiás állapotok, szisztémás és poliszisztémás autoimmun betegségek krízis-állapotai
- Az immunrendszer fokozott, vagy kóros működésén, illetve a csontvelői vérszűrés elégtelenségén alapuló heveny vérszűrés-állapot
- Veleszületett, vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély
- Akut légzési elégtelenség, légút szűkület (Pl. gégeödéma, asthmás roham, idegentest, fulladás)
- Mérgezések
- Akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkel járó kórképek (Pl. bélelzáródás, appendicitis, perforatio, méhenkívüli terhesség, petefészek ciszta megrepedése, tuboovariális tályog, kocsánycsavarodott cysta, kizárt sérv, epegörcs, vesegörcs, vérvétel)
- Égés-fagyás (III.-IV. fokú és nagykiterjedésű I-II. fokú, és/vagy az életminőség szempontjából különösen veszélyeztetett testtáját vagy a légutakat érintő)
- Elsődleges sebellátás
- Testüregek (koponya, mellkas, has) és parenchymás szervek (szív, tüdő, lép, máj, vese) sérülése
- Compartement szindrómák
- Nyílt törések és decollement sérülések
- Amputációk (replantációs lehetőségekkel vagy azok nélkül)
- Súlyos medencegyűrű törések
- Politraumatizáció, többszörös sérülések
- Búvárbalesetek, magassági betegség, keszonbetegség, ba-rotrauma
- Áramütés, elektrotrauma
- Hő- és hidegártalom, kihűlés, hypothermia, hyperthermia, napszúrás, hóguta
- Súlyos akut sugárártalom és sugárbetegség
- Öngyilkossági kísérlet és szándék, mentális állapottal összefüggő közvetlen veszélyeztető állapot
- Heveny pszichés zavarok, pszichózisok
- Infektológiai kórképek, melyek önmagukban vagy szövőd-ményeik révén az életet veszélyeztető állapotot idéznek elő.

9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről

1. számú melléklet a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelethez

Tételes elszámolás alá eső egyszer használatos eszközök és implantátumok jegyzéke

- 1.
2. Scoliosis implantátum
3. Gerinc belső fixációs implantátum
4. Maxillo-faciális belső fixációs eszközök és helyreállító protézisek, ideértve a CAD-CAM eljárással tervezett koponya- és arccsontpótlást is
5. Érpotezisek gyűrűs vagy külső spirál erősítéssel (egyenes protézis, Y-protézis)
6. Felnőtt és gyermek-szívűtékekhez használt oxigenátor csőkészlettel, szívstabilizátor és tartozékai
7. Szívbillentyűk (mű, biológiai)
8. Pacemaker, implantálható kardioverter-defibrillátorok és elektródáik
9. Stent-graftok
- 10.
- 11.
12. Transjugularis, intrahepatikus porto-cavalis shunt (TIPS)
13. Ventriculo-atrialis shunt, ventriculo-peritonealis shunt, lumbo-peritonealis shunt
14. Peritoneo-venosus shunt
15. Érpotezisz dialízis shunt készítéséhez
16. Implantálható tartós ér- és epiduralis katéter
17. Cochlearis implantátum
18. Mamma protézis (rosszindulatú alapbetegség vagy ilyen diagnózissal végzett emlőeltávolítást követően)
19. Tissue expander, extender
20. Végtagmegőrző endoprotézis (rosszindulatú alapbetegség kezelésében)
21. Mély-rectum és nyelőcső műtétek során használt anastomosis-varrógépek és tárak
22. Tüdőműtét során használt varrógépek és tárak
23. Biológiai implantátum (konzerv csont, porc, ín, szaruhártya, keratinocyt, egyéb)
24. Injektálható implantátum a vesico-ureterális reflux és az inkontinencia kezeléséhez
25. Szembetegségek kezeléséhez szükséges Ruthenium applikátor
26. Műanyag keratoprotézis
27. Agytörzsi hallásjavító implantátum
28. Intraaortikus ballonpumpa
29. Percutan radiofrekvenciás máj-tumor ablációs eszköz
30. HALO-készülék
31. Baclofen-pumpa
32. Légúti stentek
33. Mély agyi, gerincvelői stimulátor (neuropace-maker)
34. Urethra stent, ureter stent
35. Hereprotézis
36. Inkontinencia szalag
37. Kardiológiai rádiófrekvenciás ablációs és elektro-anatómiai térképező katéterek
38. Gyógyszerkibocsátó coronaria stent
39. Varrógép Longo szerinti aranyér műtéthez
40. Egyszerhasználatos eszköz vacuum core biopszia (VCB) Mammutome-hoz
41. Orbitális implantátum

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

Fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása

36. §

- (1) Fekvőbeteg-szakellátás klinikán, kórházban, szanatóriumban, szakápolási intézményben, valamint fekvőbeteg-ellátást nyújtó országos intézetben (a továbbiakban együtt: intézmény) végzett minden ellátási esemény, amelynek során a biztosítottat az intézménybe felvették, és ott legalább 24 órán keresztül – nappali kórházi ellátás esetén legalább 6 órán keresztül – tartózkodik.
- (2) Az (1) bekezdésben foglaltakon túl, jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül a fekvőbeteg-intézményben ellátott biztosított részére
 - a) a 0 alsó hatámpapú HBCs szerinti ellátás,
 - b) a sürgősségi betegellátásra vonatkozó szabályok szerint nyújtott, 6-24 órás ellátás,
 - d) a 24 órán belül más intézetbe áthelyezett újszülöttek, továbbá
 - e) az osztályra történő felvételt követően 24 órán belül meghalt személyek részére nyújtott ellátás is.
- (3) Az (1)–(2) bekezdésben foglaltakon túl jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül a biztosított részére az R. -ben meghatározott intézményben nyújtott – az R. 9. számú mellékletében meghatározott – beavatkozás, amennyiben a beteget a felvétel napján, de legkésőbb 24 órán belül hazabocsátották (egynapos beavatkozás).

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

Krónikus ellátások

Kódja	Megnevezése	Szorzója
00001	Ápolási tevékenység	1,0
00015	Krónikus és általános rehabilitációs ellátás	1,2
00016	Kiemelt rehabilitációs ellátás (onkológiai, kardiológiai, gyermekegészségügyi, szakmai minősítésű mozgásszervi) és pályázati úton befogadott hospice ellátás	1,5
00017	Központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak	3,3
00018	Szakmai minősítésű pszichiátriai rehabilitációs ellátás	1,4

217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról

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

7/A. §

- (1) A biztosított az Ebtv. 21. §-ának (2) bekezdése alapján fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelése alatt, illetve elbocsátása előtt akkor jogosult árhoz nyújtott támogatással gyógyászati segédeszközre, amennyiben az a betanítás, végleges ellátás céljából már a fekvőbeteg-gyógyintézeti tartózkodása alatt indokolt, kivéve, ha a gyógyászati segédeszköz alkalmazása vagy használata a fekvőbeteg-ellátás keretében finanszírozott.
- (2) A biztosított az Ebtv. 21. §-ának (2) bekezdése alapján akkor is jogosult
 - a) fogpótlás és fogszabályozó készülék, illetve tartozékai árához nyújtott támogatásra, amennyiben ezek kiszolgáltatására fogorvosi (fogszakorvosi) rendelésen,
 - b) hallásjavító készülék és tartozékai árához nyújtott támogatásra, amennyiben ezek kiszolgáltatására audiológiai szakrendelésen,
 - c) egyedi méretvétel alapján gyártott kontaktlencse árához nyújtott támogatásra, amennyiben annak kiszolgáltatására szemészeti szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál nyújtott ellátás keretében kerül sor.
- (3) Az OEP a külön jogszabályban meghatározottak figyelembevételével a támogatást megállapíthatja
 - a) százalékos mértékben,
 - b) a termékek meghatározott csoportjára, továbbá az azonos betegségek kezelésére szolgáló termékekre, illetve azok kölcsönzésére meghatározott (fix) összegben,
 - c) a betegségtől függő keretösszegben.
- (4) Egy adott gyógyászati segédeszköz árához eltérő mértékű támogatás állapítható meg a gyógykezelést megalapozó, külön jogszabályban meghatározott betegségcsoportok különbözősége alapján is.
- (5) Külön jogszabályban meghatározott termékcsoporthoz esetében a támogatás megállapítható a termék mérete és a referenciatermék egy egységnyi területének árához nyújtott támogatás alapján is, amennyiben ezt a termékcsoporthoz jellege indokolta teszi.
- (6) Meghatározott (fix) összegű támogatás állapítható meg az egyes, meghatározott betegségek (kórképek) kezelésére alkalmas különböző termékek körére, ha azok alkalmazását klinikailag azonos javallatra állapították meg.

7/B. §

- (1) A százalékos mértékű támogatás alapja az OEP által elfogadott, az árhoz nyújtott támogatás alapjául szolgáló, általános forgalmi adóval (a továbbiakban: áfa) megnövelt ár.
- (2) A meghatározott (fix) összegű támogatás azonos a 7/C. § szerinti referenciatermék árához megállapított támogatás összegével.
- (3) A referenciatermék a termékcsoporthoz megállapított százalékos támogatásban részesül.
- (4) Azon termék támogatása, melynek az árhoz nyújtott támogatás alapjául szolgáló – áfa nélküli – ára (a továbbiakban: közfinanszírozás alapjául elfogadott ár) a referenciatermékével azonos vagy annál magasabb, megegyezik a referenciatermék támogatásának összegével.
- (5) Azon termék támogatásának mértéke, amelyeknek a közfinanszírozás alapjául elfogadott ára a referenciatermékénél alacsonyabb, megegyezik a referenciatermék árához nyújtott támogatás százalékos mértékével.

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

7/C. §

- (1) Referenciatermék az a meghatározott (fix) támogatási csoportba tartozó gyógyászati segédeszköz, amely
 - a) a támogatási csoporton belül a legalacsonyabb közfinanszírozás alapjául elfogadott árú termék, melynek a kialakított támogatási csoportra vonatkoztatott OEP felé történő elszámolásban kimutatható forgalmi részesedése referencia árképzést megelőző 12. hónap 1. napjától a referencia árképzést megelőző 3. hónap 1. napja közötti időszakban a 0,5%-ot elérte,
 - b) kölcsönzés esetén a támogatási csoporton belül a legalacsonyabb kölcsönzési díjú termék.
- (2) Ha a támogatási csoporton belül a gyógyászati segédeszközök méretük vagy kivételük alapján egymással nem megfeleltethetők, akkor az (1) bekezdéstől eltérően a nem megfeleltethető gyógyászati segédeszközök közül referencia terméknek a legalacsonyabb közfinanszírozás alapjául szolgáló árral rendelkező termék tekinthető.
- (3) Az (1) bekezdés a) pontja szerinti gyógyászati segédeszköz használatához elengedhetetlenül szükséges tartozékoknak a termékkel együttesen kell támogatási csoportjukon belül a legalacsonyabb közfinanszírozás alapjául elfogadott árral kell rendelkeznie.
- (4) Amennyiben a referenciaterméknek egymást követő három hónapon keresztül nincs forgalmi részesedése, a termék – a támogatás megszüntetéséről szóló határozat jogerőre emelkedését követő két évig – támogatásban nem részesíthető, kivéve, ha a termék befogadására vonatkozó kérelem benyújtását megelőző legalább hat egymást követő hónapban volt forgalmi részesedése.

7/D. §

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

8. §

- (1) A rendeltetésszerű használat során a kihordási időn belül meghibásodott gyógyászati segédeszközök javítási díjához nyújtott támogatás
 - a) mértéke támogatott termék esetében
 - aa) azonos az adott termék árához nyújtott eredeti támogatás mértékével, ha a termék százalékos támogatásban részesül,
 - ab) azonos az adott termékcsoporthoz referenciatermékére vonatkozó eredeti százalékos támogatás mértékével, ha a termék meghatározott (fix) támogatásban részesül, de legfeljebb a javítás időpontjában az adott gyógyászati segédeszközre meghatározott támogatási érték 60%-ának megfelelő összeg,
 - b) mértéke a javítás időpontjában már nem, de kiváltáskor támogatott termék esetében
 - ba) azonos az adott termék árához eredetileg nyújtott támogatás mértékével, ha a termék százalékos támogatásban részesült,

bb) azonos az adott termékcsoporthoz referenciatermékére eredetileg vonatkozó százalékos támogatás mértékével,

ha a termék eredetileg fix támogatásban részesült, de legfeljebb a kiváltás időpontjában az adott gyógyászati segédeszközre meghatározott legutolsó támogatási érték 60%-ának megfelelő összeg,

- c) több javítás esetén az első javítást követő egy éven belül összesen nem haladhatja meg az adott termékre meghatározott, illetve a kiváltáskor érvényes támogatás összegét.
- d) a támogatott termékre közgyógyellátás jogcímén jogosultak esetében 100%.

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

(3) A (2) bekezdésben foglaltak esetén a biztosított részére a javított eszközzel azonos rendeltetésű eszközcsoporthoz tartozó új terméket rendelni nem lehet, kivéve a kihordási időn belüli felírhatóság szabályaival azonos esetben.

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

(5) Egy termék javítására a kihordási időn belül maximum a termék fogyasztói árának megfelelő összeg fordítható. Az ezt meghaladó javítási igény esetén az eszközt a gyártó vagy saját költségére javítja vagy le kell selejteznie.

10. §

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

10/A. §

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

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

10/C. §

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

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

10/D. §

A gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök közbeszerzésének részletes és sajátos szabályairól szóló kormányrendelet alapján beszerzésre kerülő gyógyszerek esetében a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár a közbeszerzési eljárás során kerül meghatározásra.

10/E. §

A Magyar Állam és a gyógyszergyártók, forgalmazók között létrejött szerződésben meghatározott gyártói befizetési kötelezettség Egészségbiztosítási Alap javára történő teljesítése, a tényadatokon alapuló végleges elszámolás szerinti rendezés a szerződésben megállapított szabályoknak megfelelően számított összegben, az ott részletezett ütemezésben és feltételek szerint történik.

10/F. §

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

(2) A támogatás kezelés-fajtánként százalékos mértékben, illetve fix összegben állapítható meg. A százalékos mértékű, illetve fix összegű támogatás alapja az OEP által a (3)–(5) bekezdésben meghatározottak szerint elfogadott ár (a továbbiakban: a közfinanszírozás alapját képező ár).

(3) Az OEP a közfinanszírozás alapját képező ár kialakítására irányuló tárgyalásokat szükség szerint, de legalább két évente egyszer bonyolítja le. A tárgyalási feltételeket az OEP főigazgatója – a TÁTB véleményének előzetes kikérése után – legalább négy héttel a tárgyalások megkezdése előtt az OEP hivatalos lapjában közzéteszi.

(4) A (3) bekezdés szerinti tárgyaláson való részvétel feltétele, hogy a külön jogszabályban foglaltak szerint gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására jogosult szolgáltató az al-kalmazott számítások egyidejű bemutatásával nyilatkozzon arról, hogy az általa tett árajánlat kialakítása során figyelembe vette, hogy a fajlagos költségeket és az üzleti kockázatot csökkenti, ha a gyógyászati ellátást támogatással nyújtja.

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

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

(7) A kialakított árak és támogatási mértékek legkésőbb a tárgyalás lezárását követő második negyedév végéig – az (1) bekezdésben foglaltaknak megfelelően – legalább két évente kihirdetésre kerülnek.

Utazási költségtérítés (Az Ebtv. 22. §-ához)

11. §

(1) Az utazási költségtérítés mértéke megegyezik az adott távon menetrend szerint közlekedő közforgalmú közlekedési eszközök igénybevételére megszabott – a helyközi járatokon érvényes, a biztosított által igénybe vehető, a személyszállítási

- utazási kedvezményekről szóló jogszabályban meghatározott kedvezmény összegével csökkentett – viteldíj árával.
- (2) A közforgalmú közlekedési eszközök igénybevétele során a Győr-Sopron-Ebenfurti Vasút magyar vonalán, továbbá a BKV-HÉV vonalain Budapest közigazgatási határain kívül történő utazás esetén jár az utazási támogatás.
- (3) Az utazási utalvány kiállítására és a szolgáltatás igénybevételeinek igazolására jogosult
- a 2. § (2)-(3) bekezdései, továbbá a 3. § (1) és (3) bekezdése szerint beutalásra jogosult orvos, a szakellátásra, illetve az orvosszakértői vizsgálatra történő beutaláskor,
 - az egészségügyi szakellátás orvosa – ideértve a gondozóintézet szakorvosát is – a vizsgálat, a kezelés, a fekvőbeteg-gyógyintézetből való elbocsátás – ideértve az adaptációs szabadságra való elbocsátás és visszarendelés esetét is – és az ismételt kezelés elrendelésekor, továbbá az egészségügyi szakellátás illetékes főorvosa által kijelölt személy, ha a biztosított kezelését nem orvos végzi,
 - az orvosi rehabilitáció keretében szanatóriumi ellátás rendelésére jogosult orvos a beutaláskor, elbocsátáskor pedig a szanatórium által kijelölt orvos,
 - gyógyászati ellátás igénybevétele esetében, az annak rendelésére jogosult orvos az elrendelésekor – megjelölve az igénybevétel számát vagy időtartamát is –, az ellátás igénybevétele követően pedig a gyógyászati ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató – ideértve a gyógyászati ellátást nyújtó közfürdőt, gyógyfürdőt is – által kijelölt személy,
 - egyedileg, méretre készített gyógyászati segédeszközöknél a rendelő orvos, valamint a szükséges próbára való berendeléskor és kiszolgáltatáskor, továbbá a gyógyászati segédeszközök javításakor személyes megjelenés esetén a gyógyászati segédeszköz gyártó (forgalmazó) által kijelölt személy,
 - az OOSZI illetékes szervének vezetője által kijelölt személy a vizsgálat elrendelésekor, illetőleg a vizsgálatot követően,
 - a Szakértői Rehabilitációs Bizottság vezetője a vizsgálatot követő hazautazás érdekében,
 - az Ebtv. 22. §-ának (5) bekezdésében említett esetben – a szűrővizsgálat igénybevételeinek időpontjáról szóló értesítés kiállításával egyidejűleg – az értesítést kiállító egészségügyi szolgáltató vagy az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat által kijelölt személy.
- (4) Az utazási költség megtérítésére való jogosultság csak abban az esetben állapítható meg, ha az arra jogosult orvos az utazás szükségességét igazolja. A jogosultság igazolása az erre a célra rendszeresített szigorú számadású "Utazási utalvány" elnevezésű nyomtatványon történik, amelyen legfeljebb 4 megjelenés igazolható. Az „Utazási utalvány”-t a beutalással egyidőben kell kiállítani. Utólagos kiállítására nincs lehetőség.
- (5) Azt a biztosítottat, aki a beutalásra jogosult orvos döntése alapján betegsége, egészségi állapota miatt tömegközlekedési eszközön utazni nem tud, – melynek tényét és indokát a beutalásra jogosult orvos az utazási utalványon feltünteti – utazási költségként az adott viszonylatban közlekedő olcsóbb díjtételű menetrend szerinti közlekedési eszköz jegyének az (1) bekezdéssel megállapított ára – ideértve a kísérő jegyének árát is – illeti meg. Az utazási költség megtérítésére a (10) bekezdésben foglaltak az irányadók azzal, hogy az utazási utalványhoz a menetjegyet nem kell csatolni.
- (6) A korai fejlesztést és gondozást, a fejlesztő felkészítést nyújtó intézmény igénybevételeivel kapcsolatban felmerült utazási költség megtérítéséhez utazási utalvány kiállítására a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX törvény 6. §-ának (4) bekezdése szerinti Szakértői és Rehabilitációs Bizottság vezetője jogosult. Az említett szolgáltatások igénybevétele a szolgáltatást nyújtó intézmény vezetője az erre a célra rendszeresített nyomtatványon igazolja.
- (7) Az Ebtv. 22. §-ának alkalmazásában a fogyatékos gyermekek ellátását biztosító gyógypedagógiai intézmény a fogyatékos gyermekek korai fejlesztését és gondozását nyújtó intézménnyel azonos elbírálás alá esik.
- (8) Nem jár utazási költségtérítés annak, aki a külön jogszabály alapján díjmentes utazásra jogosult. Ha a beutalt díjmentes utazásra jogosult – és beutalásra jogosult orvos javaslat alapján – kísérőre van szüksége, akkor az utazási utalványt ki kell állítani.
- (9) Az Ebtv. 22. §-ának (5) bekezdése szerinti esetben a helyi önkormányzatot illeti meg a szűrővizsgálaton történő részvétel céljából általa szervezett csoportos utazáson részt vett biztosítottak járó utazási költségtérítés, amennyiben a közlekedési eszközt térítésmentesen bármilyen formában az önkormányzat biztosítja és a biztosított a szűrővizsgálat igénybevételeinek időpontjáról szóló, a szűrővizsgálat során érvényesített értesítőt a szűrővizsgálatot követően átadja a helyi önkormányzatnak. Ezzel egyidejűleg az utazási költségtérítés iránti igény, mint követelés a helyi önkormányzatra száll át, aki az adott csoportos utazáson részt vett biztosítottak által részére átadott értesítők alapján összesített követeléseket – a Ptk. engedélyezésre vonatkozó szabályainak figyelembevételével – egy összegben érvényesítheti az OEP által erre rendszeresített formanyomtatványon az E. Alappal szemben. A helyi önkormányzat valamennyi érvényesített és rendelkezésére bocsátott értesítő után az (1) bekezdésben foglaltak szerint számított összeg hatvan százalékára jogosult utazási költségtérítésként.
- (10) Az egészségbiztosító a menetjegy, valamint a (3) bekezdésben felsorolt beutalásra jogosult által kiállított és az egészségügyi szolgáltatónál történő megjelenés leigazolásával ellátott utazási utalvány együttes benyújtása alapján, az igénylő részére járó viteldíj árát utólag megtéríti.
- (11) A kísérő az (1)-(10) bekezdésben foglaltak szerint jogosult a kísérettel kapcsolatban felmerült utazási költségei (oda- és visszaút) – a helyi közlekedési eszköz igénybevételehez kapcsolódó költségek kivételével – megtérítésére, amennyiben az egészségügyi szolgáltatás beutalás szerinti igénybevételeinek helyén az orvos, kijelölt személy a megjelenését igazolja. Több biztosított egyidejű kíséréte során csak egyszeri utazási költség téríthető meg a kísérő részére.

32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 83. §-a (3) bekezdésének c) pontjában, valamint az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény (a továbbiakban: Itv.) 67. §-a (2) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján – a pénzügyminiszterrel egyetértésben – a következőket rendelem el:

I. Általános rendelkezések

1. §

- (1) E rendelet hatálya kiterjed valamennyi forgalomba hozatalra engedélyezett és az Egészségbiztosítási Alapból (a továbbiakban: E. Alap) támogatott, illetve támogatásra javasolt, a 2. § (1) bekezdésének f) pontjában meghatározott gyógyszerre és

a 2. § (1) bekezdés b) pontjában meghatározott különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerre (a továbbiakban együtt: gyógyszer), a támogatás megállapítására, a támogatás módjának és mértékének meghatározására, valamint a támogatás feltételeinek meghatározása céljából végzett értékelési, döntéshozatali és döntéshozatali folyamatokra, az ezekkel kapcsolatos szükséglet-, illetve technológia-értékelésre.

- (2) E rendelet hatálya kiterjed mindazon szervezetekre és természetes személyekre, amelyek az egyes gyógyszerek E. Alapból történő támogatását kezdeményezik, illetve amelyek részt vesznek az (1) bekezdésben meghatározott feladatok ellátásában.

II. Fogalmak

2. §

E rendelet alkalmazásában:

- a) gyógyszer: az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (a továbbiakban: Gytv.) 1. §-ának 1. pontja szerinti anyag, keverék, illetve készítmény;
- b) tápszer: olyan különleges táplálkozási igényt kielégítő élelmiszer, amelyet az anyatej-helyettesítő és az anyatejkiegészítő tápszerekről szóló, valamint a speciális gyógyászati célra szánt tápszerekről szóló jogszabály meghatároz;
- c) gyógyszerhatóanyag: az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek forgalomba hozataláról szóló 52/2005. (XI. 18.) EüM rendelet (a továbbiakban: Tfr.) 2. §-a (1) bekezdésének 1. pontja szerinti anyag;
- d) ATC: a gyógyszereknek a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (a továbbiakban: Gyftv.) 3. §-ának m) pontja szerinti osztályozása;
- e) gyógyszerforma: a Tfr. 2. §-a (1) bekezdésének 3. pontja szerinti fogalom;
- f) forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer: az Országos Gyógyszerészeti Intézet (a továbbiakban: OGYI), valamint a 726/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet alapján az Európai Unió Bizottsága (a továbbiakban: Bizottság) által forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer;
- g) forgalomba hozatali engedély: az f) pont szerinti hatóságok által kibocsátott hatósági határozat;
- h) befogadási eljárás alatt álló gyógyszer: olyan forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer, amelyet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) társadalombiztosítási támogatásban még nem részesített, de a befogadás kezdeményezése már megtörtént;
- i) befogadott gyógyszer: olyan forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer, amelyet az OEP jogerős és végrehajtható határozataiban társadalombiztosítási támogatásban részesített;
- j) egészségügyi technológia: az egészségügyi ellátásban használatos gyógyszer, orvostechnikai eszköz, diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs eljárás, eljárásorozat, megelőzési, egészség-fejlesztési tevékenység;
- k) egészségügyi technológiaértékelés: az egészségügyi technológiákat eredményesség, hatékonyság, költséghatékonyság, gazdasági és társadalmi következmények szempontjából értékelő eljárások összessége;
- l) formai értékelés: a kérelmezőtől beérkezett kérelem formai ellenőrzése, értékelése, melyet valamennyi gyógyszer befogadási kérelem esetén el kell végezni;
- m) gyors értékelés: az egyszerűsített eljárásrendbe sorolt kérelmek tartalmi ellenőrzése, értékelése;
- n) kritikai technológia-értékelés: a normál eljárásrendbe sorolt kérelmekhez benyújtott technológia-értékelés anyagának tartalmi ellenőrzése, értékelése;

- o) részletes technológiaértékelés: a 22. § (2) bekezdése szerinti kategóriába tartozó kérelmek esetén, a kérelemhez benyújtott technológiaértékelés az n) pont szerinti ellenőrzés után, szükség esetén az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (a továbbiakban: ESKI) által végzett további technológiaértékelés, mellyel igazolni lehet a technológia megfelelését;
- p) egészség-gazdaságtani elemzés: a meghatározott alternatívák költségeinek és következményeinek a megjelölése, mérése, értékelése és összehasonlítása;
- q) összehasonlító elemzés: a hasonló hatású, felhasználású és már támogatott készítményekkel való összevetés, figyelemmel az egészségnyereségre és a gazdasági előnyökre;
- r) kizserelés: az OGYI, illetve a Bizottság által forgalomba hozatalra engedélyezett, egy nyilvántartási számmal meghatározott csomagolási egység;
- s) DDD (Defined Daily Dose): a WHO által meghatározott, adott hatóanyagra jellemző napi dózis;
- t) DOT (Days of Treatment): a terápiás napok száma;
- u) NTK (napi terápiás költség):
 - ua) forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer esetében: a bruttó fogyasztói árból WHO DDD alapján számított napi terápiás költség, azonos hatóanyag esetén amennyiben a DDD nem definiálható, az egységnyi hatóanyagra jutó bruttó fogyasztói árat jelenti,
 - ub) védőoltások esetén: az alapvédeltséget biztosító dózis összesített bruttó fogyasztói árat,
 - uc) tápszerek esetén
 - uca) csecsemőtápszer esetén: 1 liter tápszer árat,
 - ucb) enterális tápszer esetén: 1000 kcal átlagárát,
 - ucc) PKU tápszer esetén: 100 gramm fehérje egyenérték bruttó fogyasztói ára tápszer-formánként (por, iható, instant),
 - ucd) ritka anyagcsere-betegségek gyógyítására szolgáló tápszer esetén: azonos betegség kezelésére szolgáló tápszer napi szükségletnek megfelelő fehérje egyenérték
- v) NTKÁ: az NTK-ákból számított átlag;
- w) NTKÁT: az NTKÁ-hoz rendelt támogatási érték forintban meghatározott összege;
- x) T%: százalékos formában kifejezett támogatási mérték;
- y) referencia érték: a referencia árhoz vagy referencia készítmény árához tartozó bruttó támogatási összeg;
- z) különkeretes gyógyszer: a Gyftv. 3. §-ának c) pontja szerinti gyógyszer;
- zs) költséghatékonysági elemzés: olyan elemzés, amely összehasonlítja az azonos célú gyógyszerek vagy egészségügyi programok eredményességét és költségeit. Az eredményességet ún. természetes egységekben méri.

III. A gyógyszerek befogadásának és támogatásának alapelvei

3. §

A gyógyszerek E. Alapból történő támogatásáról és a támogatási feltételek meghatározásáról szóló döntés és a döntés-előkészítés során a következő egészségpolitikai alapelveket kell érvényesíteni:

- a) szakmai megalapozottság: tudományos bizonyítékokon alapuló döntéshozás, a kérelem szakmai szempontból már kiértékelt, nyilvántartásba vett, külön jogszabályban erre felhatalmazott szervezetek által biztonságosnak és hatásosnak minősített gyógyszerre vonatkozik;
- b) költségvetési keretek figyelembevétele, finanszírozhatóság: a gyógyszerek befogadási döntéseinél figyelembe kell venni a Magyar Köztársaság éves költségvetéséről szóló törvényben az E. Alapra meghatározott költségvetési keretet. Biztosítani kell, hogy a gyógyszerek befogadásának költségvetési hatásai hosszú távon tervezhetőek, kiszámíthatóak, finanszírozhatóak legyenek;

- c) átláthatóság, ellenőrizhetőség: a jogszabályban előírt eljárásrend alkalmazása, amelytől az eljárás során eltérni nem lehet. Az egyes döntési fázisokban résztvevő szereplők hatáskörének tisztán elkülönülő, egymáshoz kapcsolódó rendszere, az értékelésre kerülő információk, adatok értelmezésének, illetve a döntéshozatal előre rögzített szabályainak, kritériumainak egyértelműsége; a döntéshozatal alapjának, az értékelésnek és a döntés indoklásának bemutatása;
- d) kiszámíthatóság: a befogadással való döntéshozatal és a felülvizsgálat követhető időbeli ütemezéssel kell, hogy rendelkezzen, a meghozott döntések egyértelműen jelölik meg a támogatás, befogadás mértékét;
- e) nyilvánosság: a döntések indoklása és a döntések megalapozására szolgáló információk nyilvánosak, hozzáférhetőek, a nyilvánosságra hozatal módját, tartalmát, időbeliségét jogszabály határozza meg;
- f) az érdekvizonyok átláthatósága: a döntéshozatalban és véleményalakításban résztvevő személyek, intézmények különböző, a döntéshozatal tárgyával kapcsolatos érdekeinek megismerhetősége, nyilvánossága, illetve bemutatása;
- h) szükséglet alapú megközelítés: az értékelésnél és a döntésnél figyelembe kell venni, illetve elemezni kell az egészségi probléma jellegét, a betegcsoport jellemzőit, számát, megoszlását, súlyosságát;
- i) költséghatékonyság: a befogadási döntéseket a költséghatékonyság figyelembevételére alapján kell meghozni; a támogatási szabályok, támogatási egységek, feltételek meghatározásával ösztönözni kell a költséghatékony, egészségügyi ellátás gyakorlati megvalósítását.

IV. Támogatási szabályok

4. §

- (1) A gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba történő befogadása során a Gyftv. 26. §-ának (1) bekezdése szerinti támogatási összegek számítása az 1. számú melléklet táblázatában feltüntetett maximálisan adható százalékos mértékeket alapul véve történik. Az E. Alapból támogatott gyógyszerek a (2)–(8) bekezdések szerinti támogatási kategóriákba sorolhatók be.
- (2) 100%-os támogatási kategóriába sorolható be az a gyógyszer, amelyet az OEP a Gyftv. 28. § (1) bekezdésének d) pontja szerinti támogatási módszerrel finanszíroz (különkeretes gyógyszer), és amely
- kizárólag indikációhoz kötötten súlyos, általában folyamatos vagy élethossziglan tartó kezelést igénylő krónikus betegségek és rendellenességek legeredményesebb és leghatékonyabb kezelésére, illetve megelőzésére (a továbbiakban együtt: kezelés) szolgál, amely betegségek, illetve rendellenességek:
 - folyamatos gyógyszeres kezelés nélkül az életet közvetlenül veszélyeztetik, vagy
 - irreverzibilis folyamatokat indítanak el, és a várható élettartamot vagy az életminőséget jelentősen kedvezőtlenül befolyásolják, vagy
 - ritka és/vagy örökletes kórképek ritka megjelenési formái, amelyek súlyos betegségterhet eredményező betegségek kezelésére szolgálnak, vagy
 - a ritka betegségek gyógyszereiről szóló, 1999. december 16-i 141/2000/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet hatálya alá tartozik.
- (3) A 6. § (3) bekezdése alapján számított támogatási összegű, kiemelt, indikációhoz kötött támogatási kategóriába sorolható be az a gyógyszer, amely
- kizárólag indikációhoz kötötten súlyos, általában folyamatos vagy élethossziglan tartó kezelést igénylő krónikus betegségek és rendellenességek legeredményesebb és leghatékonyabb kezelésére szolgál, amely betegségek, illetve rendellenességek:
 - folyamatos gyógyszeres kezelés nélkül az életet közvetlenül veszélyeztetik, vagy
 - irreverzibilis folyamatokat indítanak el, és a várható élettartamot vagy az életminőséget jelentősen kedvezőtlenül befolyásolják, vagy
 - ritka és/vagy örökletes kórképek ritka megjelenési formái, amelyek súlyos betegségterhet eredményező betegségek kezelésére szolgálnak, vagy
 - a ritka betegségek gyógyszereiről szóló, 1999. december 16-i 141/2000/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet hatálya alá tartozik.
- (4) Emelt, indikációhoz kötött – három különböző az a)–c) pontok szerinti százalékos mértékű – támogatási kategóriába sorolható be az a gyógyszer, amely kizárólag indikációhoz kötötten súlyos, általában folyamatos vagy élethossziglan tartó kezelést igénylő krónikus betegségek és rendellenességek, vagy középsúlyos, krónikus betegségek, vagy súlyos, de rövidebb ideig tartó betegségek leghatékonyabb kezelésére szolgál. A különböző százalékos támogatási kategóriák a következők:
- Eü 90 százalékos támogatási kategóriába sorolható be az a gyógyszer, amely
 - olyan betegségek, illetve rendellenességek kezelésére szolgál, melyek reverzibilis – de kezelés nélkül irreverzibilis – folyamatot indítanak el, melynek következményei élethosszig tartanak, és a várható élettartamot és életminőséget közepesen kedvezőtlenül befolyásolják, vagy
 - súlyos és nagy betegségterhet jelentő kórképek kiegészítő terápiájának gyógyszere, amely jelentős egészségnyereséget biztosít reális ráfordítással.
 - Eü 70 százalékos támogatási kategóriába sorolható be az a gyógyszer, amely súlyos, de nem élethossziglan tartó betegségek, rendellenességek hatékony kezelésére szolgál.
 - Eü 50 százalékos támogatási kategóriába sorolható be az a gyógyszer, amely közepesen súlyos, krónikus betegségek és rendellenességek, illetve heveny betegségek hatékony kezelésére szolgál a 3. számú mellékletben meghatározott indikációban.
- (5) Átlagon felüli (normatív 85%) támogatási kategóriába sorolható be az a gyógyszer, amely népegészségügyi szempontból kiemelkedően fontos súlyos, krónikus betegségek és rendellenességek leghatékonyabb kezelésére szolgál, amely betegségek, illetve rendellenességek reverzibilis – de kezelés nélkül irreverzibilis – folyamatot indítanak el, melynek következményei élethosszig tartanak, és a várható élettartamot, az életminőséget közepesen és kedvezőtlenül befolyásolják.
- (6) Átlagos támogatási kategóriába (normatív 55%) sorolható be az a gyógyszer, amely
- közepesen súlyos, krónikus betegségek és rendellenességek hatékony kezelésére szolgál, amely betegségek, illetve rendellenességek
 - számottevő életminőség romlással járnak, vagy
 - csökkent önellátó képességet eredményeznek,
 - krónikus, jelentős betegségterhet okozó kórképek kiegészítő terápiájának gyógyszere, amely jelentős egészségnyereséget biztosít reális ráfordítással.
- (7) Átlag alatti támogatási kategóriába (normatív 25%) sorolható be az a gyógyszer, amely
- krónikus betegségek és rendellenességek eredményes és hatékony kezelésére szolgál, amely betegségek, illetve rendellenességek az önellátó képességet részlegesen és tartósan rontják,
 - közepesen súlyos, heveny betegségek eredményes kezelésére szolgál, amelyek az életminőséget vagy az

önellátó képességet átmenetileg vagy hosszabb ideig hátrányosan befolyásolják,

- c) krónikus és heveny betegségek és rendellenességek kiegyensúlyozó terápiájának azon gyógyszere, amely bizonyítottan értékelhető mértékű egészségnyereséget biztosít reális ráfordítással.

- (8) Támogatási érték nélküli kategóriába (0%) tartoznak
 - a) a kizárólag az egészségügyi szolgáltatók számára rendelhető, illetve kiadható gyógyszerek,
 - b) azon gyógyszerek, melyeket – ez irányú kérelemre – az OEP támogatási érték nélkül fogad be.

5. §

A Gyftv. 27. §-ának (4) bekezdésében foglalt, a kiemelt és emelt indikációhoz kötött támogatási csoportba tartozó betegségcsoportok és indikációs területek megnevezését és a támogatással történő felírásra jogosultak körét a 2. és 3. számú melléklet, a Gyftv. 27. §-ának (7) bekezdésében foglalt, a különkeretes gyógyszerek körét a gyógyszerhatóanyag és a betegségcsoport megjelölésével pedig a 4. számú melléklet tartalmazza.

6. §

- (1) A százalékos mértékű támogatás [Gyftv. 28. § (1) bekezdés a) pont] alapja az OEP által a közfinanszírozás alapjául elfogadott – általános forgalmi adóval (a továbbiakban: áfa) megnövelt (bruttó)- fogyasztói ár (a továbbiakban: közfinanszírozás alapjául elfogadott ár).
- (2) A százalékos támogatás mértéke a 4. § (1) bekezdése szerint ATC csoportonként kategorizált gyógyszerek közfinanszírozás alapjául elfogadott ára az 1. számú melléklet szerint részletezett maximálisan adható százalékos támogatási kulcs alapján számított
 - a) 85, 55, 25, 0%-ának,
 - b) az emelt támogatási kategóriába tartozó gyógyszerek esetében 90, 70, 50%-ának megfelelő összeg.
- (3) A kiemelt támogatási kategóriába tartozó gyógyszerek esetében a támogatás összege a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár és 300 Ft térítési díj különbözetének megfelelő összeg.
- (4) A különkeretes gyógyszerek esetében a százalékos támogatás mértéke a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár 100%-a.

8. §

- (1) Hatóanyag alapú fix összegű támogatás [Gyftv. 28. § (1) bekezdés b) pont] esetén az adott termékcsoportban meghatározott (fix) összegű támogatás alapja a referencia készítménynek a közfinanszírozás alapjául elfogadott ára.
- (2) A támogatás (fix) összege az azonos hatóanyagot tartalmazó, azonos beviteli és alkalmazási módú, azonos hatáserősségű, az OGYI által egyenértékűnek nyilvánított gyógyszerek esetében a (4) bekezdés szerint kerül kiszámításra. A meglévő fix csoportoktól eltérő hatáserősségű (+/-20%) azonos alkalmazási módú készítmény esetén a hatáserősségben legközelebb álló (magasabb hatáserősségű) fix csoport referencia értékének napi terápiás költségére eső támogatását kapja.
- (3) A referencia készítmény az a meghatározott (fix) támogatási csoportba tartozó gyógyszer, amely
 - a) nem áll nyilvántartásból való törlés alatt,
 - b) egyenértékűségét az OGYI megállapította,

- c) az adott csoportba tartozó gyógyszerek közül bruttó fogyasztói áron számolt napi terápiás költsége a legalacsonyabb, illetve megállapíthatósága hiányában az egységnyi hatóanyagra vonatkoztatva (a továbbiakban: napi terápiás költség) legalacsonyabb bruttó fogyasztói árú,
- d) kiszereelési formája: a támogatás alapját képező indikációt tekintve nem haladja meg az érvényes alkalmazási előírásában meghatározott egy havi terápiához szükséges mennyiséget vagy ahhoz legközelebb álló csomagolási egységet,
- e) csoporton belüli forgalmi részesedése az utolsó alkalommal meghatározott referencia ár közzétételét megelőző hat hónapot vizsgálva négy egymást követő hónap mindegyikében a DOT tekintetében az 1%-ot elérte, feltéve, hogy a gyógyszer árából számított napi terápiás költség nem haladja meg a (6) bekezdés szerint számított átlag napi terápiás költségét.

- (4) A referencia készítmény ATC besorolása alapján az 1. számú melléklet szerinti, az adott hatóanyagot tartalmazó ATC-re megállapított százalékos támogatásban részesül. A támogatási csoport többi termékének támogatása a referencia készítmény napi terápiás költségéhez rendelt támogatás alapján kerül meghatározásra. Ez alól kivételt képeznek azok a gyógyszerek, amelyek napi terápiás költsége a referencia készítménynél alacsonyabbak. Ez esetben a támogatás mértéke (százaléka) megegyezik a referencia készítmény támogatásának százalékos mértékével.
- (5) A nem egyenértékű készítmények a referencia készítmény vagy a referencia ár meghatározásánál nem kerülnek beszámításra. Amennyiben napi terápiás költségük a referencia készítmény vagy átlagáras csoport esetén a referencia ár napi terápiás költségénél magasabb, a referencia készítmény vagy átlagáras csoport esetén a referencia ár napi terápiás költségéhez rendelt támogatási összeget kapják. Ellenkező esetben a referencia készítmény vagy átlagáras csoport esetén a referencia ár támogatásának százalékos mértékét kapják.
- (6) Amennyiben a (3) bekezdésben meghatározott feltételeknek a fix csoport egyetlen gyógyszere sem felel meg, a fix összegű támogatás alapja ebben a csoportban (a továbbiakban: átlagáras csoport) – a tárgyévét megelőző év utolsó hat hónapjának adatai alapján – a (3) bekezdés a)–b) és d) feltételeinek megfelelő legalább 0,5%-os DOT forgalmi részesedést elérő gyógyszerek napi terápiás költségének egyszerű számtani átlaga. Az így kiszámolt átlagnál alacsonyabb napi terápiás költségű gyógyszer a csoportra jellemző százalékos támogatást kapja.
- (7) Amennyiben a referencia készítmény forgalomba hozatali engedélyének jogosultja a megrendelést bizonyítottan, egymást követő három hónapon keresztül nem tudja teljesíteni, az OEP a készítményt a társadalombiztosítási támogatásból kizárja és az adott készítmény a következő referencia ár meghatározását követő két évben nem részesíthető társadalombiztosítási támogatásban. Ez a rendelkezés – a megrendelés teljesítésének hat hónapos késedelme esetén alkalmazható az egyéb, a fix csoportban támogatott készítményekre is, amennyiben az a betegellátást nem veszélyezteti.
- (8) Az OEP a számításokhoz szükséges közforgalmú gyógyszerári forgalmi adatokat és DOT forgalmi részesedéseket készítményenkénti és támogatási jogcímenkénti bontásban havonta hivatalos lapjában és honlapján közzéteszi.

9. §

- (1) Terápiás fix elven működő támogatás [Gyftv. 28. § (1) bekezdés b) pont] állapítható meg az egyes, meghatározott betegségek

(kórképek) kezelésére egyaránt alkalmas termékek körére, ha a forgalomba hozatalt engedélyező hatóság alkalmazásukat klinikailag azonos javallatra állapította meg és alkalmazásukkal a betegek azonos terápiás eredmény érhető el.

- (2) A terápiás fix elven működő támogatás számítási módszereit az 5. számú melléklet tartalmazza.
- (3) Az azonos betegségre vagy betegségcsoportra alkalmazandó gyógyszerek esetében az alábbi alcsoportok képezhetők:
 - a) alkalmazási mód,
 - b) eltérő hatáserősségek,
 - c) hatástartam,
 - d) az életminőséget megközelítőleg azonos módon befolyásoló gyógyszerek,
 - e) bizonyított klinikai előny,
 - f) közel azonos mellékhatás profil alapján.
- (4) A terápiás fix elven működő támogatás számítása az alábbiak szerint történik:
 - a) az 5. számú melléklet 1.1. bekezdés a) pontja alapján meghatározott napi terápiás költség átlagával (NTKÁ) egyenlő vagy alacsonyabb napi terápiás költségű gyógyszerek a csoportra jellemző százalékos támogatást kapják,
 - b) az 5. számú melléklet 1.1. bekezdés a) pontja alapján meghatározott napi terápiás költség átlagánál (NTKÁ) magasabb napi terápiás költségű készítmények az adott csoport átlagos napi terápiás költségéhez rendelt támogatási értéke (NTKÁT) alapján meghatározott összeget kapják támogatás értékéül az alábbiak szerint:
támogatási érték = NTKÁT × adott kiszerezés DOT értéke.
- (5) A terápiás fix elven működő támogatási csoportokra vonatkozóan az OEP a számításokhoz szükséges közfoglalmú gyógyszerforgalmi adatokat és részesezéseket készítményenkénti és támogatási jogcímenkénti bontásban havonta, a számítás módját, valamint az alcsoportképzés pontos feltételeit minden naptári negyedév 1. napján hivatalos lapjában és honlapján közzéteszi.
- (6) A terápiás fix elven működő támogatási csoportokban alkalmazható a csoport áráryainak figyelembevételével képzett indexszámmal történő korrekció a különböző hatáserősségű és kiszerezésű készítmények támogatásának kiszámításakor. Az indexszámok terápiás csoportonként kerülnek meghatározásra.

10. §

- (1) A hatóanyag alapú és a terápiás fix csoportok képzése a Gyftv. 24. §-ának (2) bekezdésében foglaltak alapján folyamatosan történik. Az OEP az érvényes referencia árakat és készítményeket, valamint az adott fix csoportban szereplő készítmények érvényes árát és támogatását honlapján közzéteszi.
- (2) A közzétett árakra bármely időpontban, bármelyik fix csoportban lévő gyógyszer forgalomba hozatalt engedélyének jogosultja tehet árcsökkentési ajánlatot. Amennyiben az árcsökkentési ajánlat olyan mértékű, hogy a referenciakészítmény áránál alacsonyabb árat eredményez és a gyógyszer megfelel a 8. § (3) bekezdésében foglalt – a referenciatermékké válás feltételeit tartalmazó – rendelkezéseknek az OEP minden naptári negyedév utolsó munkanapjával újraképzzi az adott fix csoportot.
- (3) A (2) bekezdésben foglalt fix csoport újraképzésének keretében az OEP az árcsökkentési ajánlat benyújtásától számított nyolc napon belül értesíti valamennyi, az adott fix csoportban lévő

termék forgalomba hozatalt engedélyének jogosultját, hogy hivatalból eljárást indított és felhívja az ügyfeleket, hogy amennyiben a megtett ajánlathoz képest árváltoztatással kívánnak élni, úgy azt a fix csoportképzést (naptári negyedév utolsó munkanapja) megelőző öt munkanapig van lehetőségük nyilvánosan az OEP honlapján megtenni. Ezt követően az OEP a Gyftv. és e rendelet szabályai szerint – határozataiban – meghatározza a referenciakészítményt, annak támogatását, a csoportban lévő valamennyi további gyógyszer közfinanszírozás alapjául elfogadott árához nyújtott fix összegű támogatás mértékét és ezen adatokat honlapján közzéteszi.

- (4) A hatóanyag alapú és a terápiás fix csoportok kezelhetősége és a befogadások leírt módon való megvalósítása érdekében az OEP – amennyiben a (2)-(3) bekezdésben foglaltak alapján nem történik a fix csoportokban változás – minden év december 31. és június 30. napjáig honlapján közzéteszi a január 1-jétől, illetve a július 1-jétől érvényes referencia árakat és készítményeket, valamint az adott fix csoportban szereplő készítmények január 1-jétől, illetve július 1-jétől érvényes árát és támogatását.
- (5) A (4) bekezdésben foglalt esetben a januári, valamint a júliusi referencia értékek meghatározása az adott naptári év április 1., illetve október 1. napjával érvényes árak alapján történik. Ezen árak alapján számított referencia árakat és támogatásokat az OEP az adott fix csoportban szereplő készítmények forgalomba hozatalt engedélyei jogosultjai részére az adott naptári év április 20. és október 20. napjáig megküldi. Ennek ismeretében a forgalomba hozatalt engedély jogosultja az adott naptári év május 15-ig, illetve november 15-ig árváltoztatással élhet.
- (6) A (4)-(5) bekezdésben foglalt esetben az OEP minden év január és július 1. napjáig hivatalos lapjában és honlapján közzéteszi a következő naptári év január és július 1-jétől tervezett terápiás fix csoportokat (négyesintű ötjegyű ATC csoportokat), az esetlegesen létrehozandó alcsoportokat és a hozzájuk tartozó maximális százalékos mértékeket.

11. §

A Gyftv. 26. §-ában foglalt, a támogatásvolumen-szerződések esetén a támogatásvolumen nagysága a betegség prevalenciájából, illetve incidenciájából következő kezelésre alkalmas betegszám illetékes szakmai kollégium által javasolt nagysága alapján kerül meghatározásra.

12. §

- (1) A különkeretes gyógyszerek beszerzési árához az OEP 100%-os társadalombiztosítási támogatást nyújt azzal, hogy egyebekben a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök közbeszerzésének részletes és sajátos szabályairól szóló 130/2004. (IV. 29.) Korm. rendelet rendelkezései irányadóak.
- (2) Az OEP és az országos koordináló funkciót ellátó intézmény között kötött szerződés szerint – az éves keretösszegig – az illetékes szakmai kollégiumok által kidolgozott és közzétett protokollok alapján a 4. számú mellékletben szereplő betegségcsoportok kezelésére szolgáló gyógyszereket lehet rendelni.

13. §

- (2) Meghatározott (fix) összegű támogatásban már részesülő készítmények esetén kiemelt támogatás akkor adható, ha:
 - a) a már támogatott azonos hatóanyagú csoport esetében a gyógyszer napi terápiás költsége a referencia készítmény napi terápiás költségénél nem magasabb, vagy
 - b) átlagáras csoport esetében a gyógyszer egységnyi hatóanyagra eső ára a referencia áránál nem magasabb.