

E

Egészségügyi ellátások



A társadalombiztosítási kiadások fedezete: járulékok, hozzájárulások

A társadalombiztosítási ellátások munkavégzéshez és járulékfizetéshez kapcsolódnak, és csak azok vehetik igénybe azokat, akik az erre vonatkozó járulék- és hozzájárulás-fizetési kötelezettségüket teljesítették.

A társadalombiztosítási járulék

A társadalombiztosítási kiadások fedezetére a foglalkoztatók kötelesek társadalombiztosítási járulékot és egészségügyi hozzájárulást fizetni, valamint kötelesek hozzájárulni a táppénzkiadásokhoz (a táppénz egyharmadának megfizetésével) is. A társadalombiztosítási járulék mértéke 29%. Ez kétféle járulékból tevődik össze: a 18%-os nyugdíjbiztosítási járulékból (a Nyugdíjbiztosítási Alapot gazdágítja) és a 11%-os egészségbiztosítási járulékból (az Egészségbiztosítási Alapba folyik be). A munkáltató a 29%-os járulékot a biztosítottak részére a biztosítási kötelezettséggel járó jogviszonyuk alapján adott jövedelem után köteles fizetni.

Az egészségbiztosítási- és nyugdíjjárulék

A társadalombiztosítási kiadások fedezetéhez nemcsak a foglalkoztatók járulnak hozzá a 29 %-os társadalombiztosítási járulékkal, hanem a "munkát végzők", "jövedelmet szerzők" is, ki-ki attól függően, hogy milyen jogcímen jogosult társadalombiztosítási ellátásra. Járulékot csak biztosítással járó jogviszony esetén kell fizetni. Ha valakinek nincs ilyen jogviszonya, akkor nincs járulékfizetési kötelezettsége sem.

A magánnyugdíj-pénztár tagja nyugdíjjárulék és tagdíj (a nyugdíjjárulék-alapot képező jövedelme után 8 százalékos) fizetésére kötelezett.

A biztosítottak (lásd a Társadalombiztosítási ellátásra jogosultak köre cikk a) pontját) 4% egészségbiztosítási és (ha kizárólag a társadalombiztosítási nyugdíj hatálya alá tartoznak) 8,5% nyugdíjjárulékot fizetnek jövedelmük után havi lebontásban [de a magánnyugdíj-pénztár tagja csak 0,5% nyugdíjjárulékot fizet a társadalombiztosításnak, a többit (8%-ot) a magánnyugdíj-pénztárba]. A járulékot a "munkáltató" vonja le.

A nyugdíjjárulék-fizetési kötelezettségnek van egy maximális összege, melynek befizetését, ill. elérést követően már nem kell tovább levonni a járulékokat (de a munkáltatónak ezen összeg felett is be kell fizetnie a 18 % nyugdíjbiztosítási járulékot). A gyermekgondozási díjban, gyermekgondozási segélyben, gyermeknevelési támogatásban részesülő személy a díj, segély, támogatás összege után, ill. a munkanélküli-ellátásban részesülő személy az ellátás után csak nyugdíjjárulékot (tagdíjat) fizet.

Az egyéni vállalkozó - mivel önmaga munkáltatója - fizeti a 29%-os társadalombiztosítási járulékot, valamint a 4% egészségbiztosítási és a 8,5% nyugdíjjárulékot a jövedelme, de legalább a minimálbér után, havonta. [Ha az egyéni vállalkozó magánnyugdíj-pénztár tagja, a 8,5%-os járulék helyett csak 0,5%-ot kell a társadalombiztosítás irányába teljesíteni, a többit (8%-ot) a magánnyugdíj-pénztárba fizeti be.]

A társas vállalkozó (pl. egy betéti vagy korlátolt felelősségű társaság tagja) szintén 4% egészségbiztosítási és 8% nyugdíjjárulékot fizet, amelyet a társas vállalkozás, a cég köteles levonni az ő jövedelmé-

ből. Legalább a minimálbér után számított járulékot kell fizetni itt is havonta. (Ha a társas vállalkozó magánnyugdíj-pénztár tagja, a társadalombiztosítás felé csak 0,5% nyugdíjjárulékot fizet.)

Egészségügyi hozzájárulás

Az egészségügyi hozzájárulást az egészségügyi szolgáltatások pénzügyi forrásainak kiegészítésére hozták létre. Ez az adó jellegű fizetési kötelezettség mind a kifizetőket, mind a jövedelmet szerző magánszemélyeket terheli.

Az egészségbiztosítás szolgáltatásaira jogosultak – A jogosultság igazolása: TAJ kártya / „Igazolás egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságról” nyomtatvány



Az egészségbiztosítási ellátások igénybevétele során egy sajátos azonosító számot, az ún. TAJ számot alkalmazzuk. A társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ) az egészségügyi, a szociális és a társadalombiztosítási (egészség- és nyugdíjbiztosítási), valamint a magánnyugdíj-rendszerrel kapcsolatos nyilvántartásokban a személyeket azonosító kód. A Társadalombiztosítási Azonosító Jelet – közhímnertebb nevén TAJ számot – a személyi azonosító szám lecserelését követően, a személyi adatok védelme érdekében vezették be.

TAJ szám

A TAJ szám egy személyi azonosító, amelyet a magyar állampolgár születésekor kap, és az – normál esetben – végigkíséri egész élete során. A TAJ számot az Országos Egészségbiztosítási Pénztár képezi.

A TAJ-t igazoló okmány

A Társadalombiztosítási Azonosító Jelet egy bankkártya méretű hatósági igazolvánnyal, köznapi szóhasználatban **TAJ kártyával** igazoljuk, amely tartalmazza tulajdonosának családi- és utónevét, születési idejét, Társadalombiztosítási Azonosító Jelét, valamint a kiállító szerv bélyegzőjének lenyomatát, a kiállítás keltét és a kiállító személy aláírását.

TAJ kártya igénylése

A TAJ kártyát a TAJ bevezetésekor az Országos Egészségbiztosítási Pénztár hivatalból (az érintettek kezdeményezése nélkül) készítette el és küldte meg mindenkinek, aki nyilvántartásában szerepelt.

TAJ szám/kártya igénylése újszülöttek részére

Az újszülöttek részére a TAJ-kártya az újszülött-osztályon rendelkezésre bocsátott nyomtatvány kitöltésével igényelhető. Ha a szülés nem kórházban vagy orvos közreműködésével történik, akkor a születést anyakönyvező anyakönyvvezető bocsátja rendelkezésre a TAJ-kártya igényléséhez szükséges nyomtatványt. A kitöltött nyomtatványt mindkét esetben az anyakönyvvezető küldi meg a megyei, fővárosi egészségbiztosítási pénztárnak. A nyomtatványon szereplő személyi adatok alapján a megyei egészségbiztosítási pénztár kiadja a TAJ számot, és a kiállított TAJ kártyát postán megküldi a szülő, vagy a gyermeket gondviselő eltartó, törvényes képviselő részére. Az egészségbiztosításnál nagy gondot fordítanak arra, hogy az anyakönyvi hivatalok értesítésének beérkezését követően soron kívül, de legkésőbb 8 napon belül a szülő, gondviselő kézhez kapja a gyermek TAJ kártyáját.

Bár lehetőség van a kártya soron kívüli igénylésére is, felhívjuk a figyelmet, hogy ez felesleges ügyintézés, sorban állást okozhat, mert az újszülött számára az egészségügyi szolgáltatások a szülést követő 6 hónapig TAJ kártya nélkül is térítésmentesen igénybe vehetők.

Az anyakönyvi hivatalok ügyintézési idejét is figyelembe véve, általában a szülő-gondviselő legkésőbb a születést követő 1 hónapon belül megkapja gyermeke TAJ kártyáját.

TAJ számmal nem rendelkezők igénylése

Aki **nem rendelkezik TAJ számmal**, TAJ kártyával, de jogosulttá válik egészségügyi szolgáltatásra, a lakóhelye, ennek hiányában a tartózkodási helye szerint illetékes megyei, fővárosi egészségbiztosítási pénztárnál kérheti a kártyáját, igénylőlap kitöltésével.

Az igénylőlap benyújtásához szükség van magyar állampolgárok vagy letelepedési engedéllyel rendelkezők esetében a személyi igazolvány és a lakcím igazolás bemutatására, külföldieknek pedig a tartózkodási engedélyt, a magyarországi lakcímigazolást, valamint a jogosultságot is igazolni kell.

Első alkalommal a TAJ kártyát díjmentesen állítja ki az egészségbiztosítási pénztár.

A TAJ számmal nem rendelkező és Alkalmi Munkavállalói Könyvet igénylő személy részére az egészségbiztosítási pénztár az Alkalmi Munkavállalói Könyvet kiállító munkaügyi központ illetve jegyző kérelmére képezi a TAJ számot.

TAJ kártyán szereplő adat módosítása

A TAJ-kártya önmagában nem elég a jogosultság bizonyítására, szükséges még valamely személyazonosításra alkalmas más hivatalos okirat (pl. személyazonosító igazolvány, diákigazolvány) amellyel együtt igazolja tulajdonosának TAJ-át. Fontos tehát a TAJ-kártyán is szereplő személyazonosító adatok változása esetén új TAJ-kártya kiállításáról gondoskodni.

Amennyiben a TAJ szám tulajdonosának családi- vagy utóneve megváltozik, azt a megyei (fővárosi) egészségbiztosítási pénztárnál, az erre szolgáló bejelentőlapon be kell jelenteni, és a megyei egészségbiztosítási pénztár kiállítja az új hatósági igazolványt és átadja illetve megküldi a kérelmezőnek.

Személyi adat módosítás, adat pontosítás céljából igényelt TAJ kártya kiállítása **díjmentes**.

TAJ kártya pótlása elvesztés, rongálódás, lopás esetén

Abban az esetben, ha a TAJ kártya elvesz, megrongálódik vagy ellopják, bejelentő lapon újat lehet igényelni a megyei egészségbiztosítási pénztárnál. Ha az újabb TAJ-kártya kiállítására azért van szükség, mert a korábbi kártya elveszett, megsemmisült, megrongálódott vagy azt ellopták, akkor az újabb kártya kiállításáért igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetni. Ennek mértéke megegyezik a mindenkor érvényes általános tételű eljárási illeték összegével, ami jelenleg 2.200 Ft.

Biztosítottak

Biztosítottnak kell tekinteni:

1. az alkalmazotként dolgozókat:

- a munkaviszonyban, közalkalmazotti, illetőleg közszolgálati jogviszonyban álló személyek,

E személyi körbe azon jogviszonyban álló személyek tartoznak, akik más természetes vagy jogi személy foglalkoztató alkalmazásában állnak, és a biztosításuk független attól, hogy a foglalkoztatás teljes (napi nyolc órában) vagy részmunkaidőben történik. Nincs különbség aszerint sem – tehát a szabályok ebből a szempontból teljesen egységesek –, hogy az alkalmazott személyt állami szerv, szövetkezet, gazdasági társaság, egyéni vállalkozó vagy egyéb magánszemély foglalkoztatja, a lényeg, hogy a munkaviszonyban (vagy hasonló jellegű jogviszonyban) álló személy biztosított lesz.

A biztosítási kötelezettség a munkaviszony kezdetétől annak megszűnéséig tart.

Az alkalmi munkavállalói könyvvel foglalkoztatott személyek egészségbiztosítási ellátásokra jogosultsága

Alkalmi foglalkoztatásnak minősül a munkaviszony, ha a munkáltató ugyanazzal a munkavállalóval naponta létesít olyan munkaviszonyt, amelyből a munkavállalónak kifizetett, levonásokkal csökkentett napi munkabér 1800 Ft/nap – 4600Ft/nap jövedelemsávba esik.

Az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszony idejét a törvény korlátozza, alkalmi foglalkoztatás legfeljebb öt egymást követő naptári napig, és egy naptári hónapon belül legfeljebb tizenöt naptári napig, egy naptári éven belül pedig legfeljebb kilencven naptári napig létesíthető. A munkavállaló egy naptári évben több munkáltatónál összesen százhusz napot tölthet az alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszonyban.

Az alkalmi munkavállaló egészségügyi szolgáltatásra, baleseti egészségügyi szolgáltatásra és baleseti táppénzre szerez jogosultságot. Az alkalmi munkavállaló e jogosultságait az AM könyvbe beragasztott közteherjeggyel igazolja.

Az AM könyv a munkavállaló alkalmi foglalkoztatásnak minősülő munkaviszonyának nyilvántartására szolgáló közokirat, amit a munkavállaló lakóhelye, tartózkodási helye szerint illetékes megyei (fővárosi) munkaügyi központ kirendeltsége állít ki.

A hozzátartozói viszonyon alapuló ellátásra jogosultság

Az előző pontban is jelzett esetekben az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság nem a jogosult saját jogán, hanem a hozzátartozói viszony alapján állapítható meg.

Természetes módon a **kiskorú gyermek** (az örökbe fogadott, a mostoha és a nevelt gyermek is) hozzátartozói jogviszony alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult.

A biztosítottak illetve a kizárólag egészségügyi szolgáltatások igénybevételére – egyes meghatározott jogcímenek – jogosult személyek **nagykorú eltartott közeli hozzátartozója** is jogosult egészségügyi szolgáltatások igénybevételére.

A nagykorú eltartott hozzátartozó akkor jogosult egészségügyi szolgáltatásra, ha az eltartójával közös háztartásban (azonos bejelentett lakóhelyen) él, és jövedelme (ide értve a külföldről származó jövedelmet is) havonta nem haladja meg a mindenkori minimálbér 30%-át. Jelenleg – az 62.500,-Ft-os minimálbér figyelembevételével – ez az összeg 18.750,-Ft.

A megelőző ellátások igénybevétele

A szűrővizsgálatokat a beteg és kezelőorvosa egyaránt kezdeményezheti. A szűréseken való részvétel – néhány, a csecsemő egy éves kora előtti vizsgálatoktól eltekintve – önkéntes, elsősorban az érintett személy saját érdekét szolgálja. Az orvosi vizsgálat során a háziorvos (házi gyermekorvos) vagy a szakorvos azonban köteles az ellátott beteg figyelmét felhívni a kompetenciájába tartozó szűrővizsgálat igénybevételenek lehetőségére. A felnőttkori alapstátusz meghatározása körébe tartozó szűrővizsgálatok szükségességére külön is fel kell hívni az arra jogosult beteg figyelmét.

A biztosított személy szűrővizsgálatát az annak elvégzésére jogosult orvos nem tagadhatja meg, ha a tb támogatás feltételei egyébként fennállnak.

Népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálat

A népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálat olyan népegészségügyi tevékenység, amely a lakosság meghatározott korcsoportjaira terjed ki és meghatározott gyakorisággal az adott korcsoportba tartozókat – a védőnők közreműködésével kiküldött értesítőkkal – **személyes meghívással értesítik** a vizsgálat szükségességéről, illetve lehetőségéről.

A **népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok** csak szakellátás keretében végezhetők el.

A népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok keretében a **25 és 65 év életkor közti** nők az egyszeri, negatív eredményű szűrővizsgálatot követően háromévenként nőgyógyászati onkológiai méhnyakszűrésre jogosultak. A méhnyakszűrés során elsődlegesen a méhnyakváltozások sejtvizsgálatát (citológia) és kolposzkópos vizsgálatot végeznek, járóbeteg ellátás keretében, nőgyógyászati szakrendelésen, illetve citodiagnosztikai laboratóriumban.

A 45 és 65 év életkor közötti nők kétévenként népegészségügyi céllal mammográfia vizsgálatra jogosultak. A mammográfia a mell lágyszövet röntgenvizsgálatán alapuló szűrővizsgálat.

Az 50 és 70 év életkor között a Nemzeti Rákellenes Program keretében kísérleti programként prosztata- és gyomor-bélrendszeri eredetű vérzés szűrésére van lehetőség a népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok keretében.

A megelőző ellátások hatékony igénybevételének érdekében az egyes egészségügyi ellátások térítésmentes igénybevételére való jogosultságot a támogatott szűrővizsgálaton való részvételhez kötheti valamely jogszabály, sőt a szűrővizsgálat elmulasztása esetén az azzal összefüggő ellátások igénybevételét részleges térítési díjhoz is kötheti. A fogászati ellátások térítési díját legfeljebb 10%-kal meg lehet emelni, ha a beteg nem vett részt az időszakos fogászati szűrővizsgálaton.

A **járványügyi okból végzett** szűrővizsgálatok (pl. tüdőszűrés) segítségével kiszűrhető megbetegedések fertőzőek, így a közösség egészségvédelme érdekében azokon a részvétel általában kötelező.

Utazási költségtérítés

A megelőzés, a szűrővizsgálatok egészségmegőrzésben játszott szerepét kívánja elősegíteni, hogy 2003. január 1-jétől a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló szervezett szűrővizsgálat igénybevételével kapcsolatban felmerült utazási költségekhez az egészségbiztosító támogatást nyújt, ha azt behívás alapján vették igénybe.

Ha a szűrővizsgálatra csoportos utazással való részvételhez az önkormányzat térítésmentes közlekedési eszközt biztosít, akkor a szűrővizsgálatról szóló – a vizsgálaton érvényesített – értesítő alapján az utazási költségtérítésre az önkormányzat jogosult.

Ebben az esetben az önkormányzat az átadott értesítők után az utazási költséghez egyébként járó támogatás hatvan százalékanak megfelelő összegre jogosult utazási költségtérítésként.

A háziorvosi ellátás

Annak érdekében, hogy a beteg ember számára biztosítható legyen, hogy lakóhelyén vagy annak közelében, választása alapján, nemétől, korától, betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, az alapellátás keretében szervezett egészségügyi szolgáltatás, a háziorvosi és házi gyermekorvosi /továbbiakban: háziorvos/ ellátás működik.

A háziorvosi ellátás feltételeinek megteremtése, az ellátandó terület meghatározása (utcajegyzék), a rendelési idő elfogadása az önkormányzat feladata.

Ha szükséges, a beteg otthonában is biztosítja az ellátást.

A munkaidőn kívüli folyamatos ellátás biztosítása érdekében ügyeletet kell szervezni, a háziorvos és az önkormányzat közti megállapodás alapján.

A háziorvos - házi gyermekorvos - köteles ellátni az ellátási területén (körzetben) lakókat, a hozzá bejelentkezett és általa elfogadott személyeket, továbbá rendelési időben a körzetébe nem tartozó, de nála megjelent beteget is.

Lehetőség van a korábban választott háziorvos helyett másik háziorvost választani. Évente egy alkalommal indoklás nélkül, ezen túlmenően indokolt esetben lehet átjelentkezni másik háziorvoshoz. Az ilyen átjelentkezéskor, az átjelentkezést elfogadó háziorvos – a biztosított írásbeli hozzájárulása alapján – átkéri az egészségügyi törzskarton kivonatát az előző háziorvostól.

A járóbeteg-szakellátás (ambulancia)

A járóbeteg szakellátás az ágyhoz nem kötött betegek gyógyító, megelőző ellátása.

Az egyes betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra, területi egységenként (általában városokban) biztosítják a járóbeteg-szakellátás különféle formáit:

- belgyógyászat
- sebészet
- szülészet - nőgyógyászat
- gyermekgyógyászat
- szemészet
- fül-orr-gége
- ideggyógyászat
- reumatológia
- ortopédia
- bőrgyógyászat
- röntgen

- laboratórium

Gonozók:

- tüdőgonozó
- bőr- és nemi beteggonozó
- onkológiai gonozó
- pszichiátriai gonozó
- addiktológiai gonozó

és a speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel működő szakellátást.

A járóbeteg ellátás igénybevételének módja

A járóbeteg-szakellátás rendelési időben biztosított, ahol az orvos mellett asszisztens, ápolónő is tevékenykedik. A járóbeteg szakellátást nyújtó intézmények tevékenységüket önállóan, vagy más intézményekkel együtt, működési engedély alapján végzik.

Beutaló

A járóbeteg-szakellátás igénybevételének általában az a feltétele, hogy a beteget a beutalásra jogosult orvos (217/1998. korm.rend. 2. §(2)) oda beutalja.

Amennyiben szükséges, a beteg vizsgálatát követően a befejezett ellátás érdekében más szakellátó helyre, speciális szakellátásra vagy fekvőbeteg intézetbe küldik a beteget. Az ellátást követően a vizsgálat eredményéről a beutaló orvost, de amennyiben a beutaló orvos nem a beteg háziorvosa - és egészségi állapota miatt a beteg tartós gondozásra szorul -, a háziorvosát is értesíteni kell.

A betegnek joga, hogy állapotáról számára teljes körű tájékoztatást adjanak, illetve egészségügyi adatairól tájékoztatást kapjon.

Fekvőbeteg-szakellátás

A fekvőbeteg szakellátás a járóbetegként el nem látható, ágyhoz kötött betegek gyógyintézeti ellátása. Az egyes fekvőbeteg intézményekben a szakellátási formákat intézményenként, területi egységenként másként alakítják ki. Az általános fekvőbeteg szakellátást – a sürgősségi ellátás kivételével – orvosi beutalás alapján lehet igénybe venni.

A fekvőbeteg szakellátás különféle formáit a kórházak, klinikák, országos intézetek, szanatóriumok és egyéb intézmények látják el. Ezeket az egyes betegségek gyakorisága alapján, meghatározott lakosságszámra, területi egységenként, általában városokban biztosítják.

Egészségügyi ellátás méltányossági alapon

A beteg jövedelmi viszonyai és különböző orvos-szakmai indokok mérlegelése alapján lehetőség van arra, hogy az OEP méltányosságból – az Egészségbiztosítási Alap terhére – átvállalja az orvosi ellátásért a beteg által fizetendő térítési díjat vagy annak egy részét, amelyet egyébként a beteg csak részleges térítési díj megfizetésével vehetne igénybe.

A betegség, keresőképtelenség időtartama alatt az ember nem tudja ellátni a munkáját, és a társadalmi közös kockázatviselés alapján az egészségbiztosítás az emiatt kieső jövedelem egy részét pénzbeli ellátással pótolja. A társadalombiztosítás – megfelelő járulékfizetés ellenében – a keresőképtelenség idejére a biztosítottak részére nyújtott pénzbeli ellátással, jelen esetben táppénz fizetésével enyhíti e krízishelyzetet.

A betegszabadság

A betegség miatti keresőképtelenség első 15 munkanapjára az általánosan használt kifejezéssel ellentétben nem a táppénzt, hanem ún. **betegszabadságot** vehet igénybe az arra jogosult munkavállaló. A munkavállalót – betegsége miatti – keresőképtelensége idejére naptári évenként 15 munkanap betegszabadság illeti meg.

Betegszabadságra azok az alkalmazottak jogosultak, akik munkaviszonya a Munka Törvénykönyve hatálya alá tartozik (pl. bt., kft, rt. Alkalmazottai, stb), továbbá jogosultak a betegszabadságra a közszolgálati és közalkalmazotti jogviszonyban álló személyek is.

A betegszabadság kizárólag a munkavállaló saját betegsége esetén jár.

Nem jogosult betegszabadságra a bedolgozó, egyéni vállalkozó, segítő családtag, társas vállalkozás tagja (kivéve, ha munkaviszony keretében munkát végez), megbízás alapján munkát végző személy, szakmunkástanuló, munkaviszony megszűnése után keresőképtelenné vált személy.

A betegszabadság alatt folyósított juttatás nem az egészségbiztosítás ellátása, hanem azt a munkáltató fizeti. A betegszabadság idejére a távolléti díj 80 %-a jár, oly módon, hogy ez az összeg adó- és járulékköteles is.

Betegszabadság igénybevételéhez a keresőképtelenséget – a keresőképtelenség orvosi elbírálása általános szabályainak megfelelően – a kezelőorvos igazolja, kórházi ápolás esetén pedig kórházi igazolás szükséges. A keresőképtelenség orvosi elbírálása azonos módon történik, függetlenül attól, hogy a keresőképtelenség idejére táppénz, vagy betegszabadság illeti-e meg a beteget.

A betegszabadságra jogosult személy részére a táppénz a betegszabadság lejártát követő naptól jár.

Ki jogosult táppénzre?

A táppénzre jogosultságnak három alapfeltétele van:

1. a fennálló vagy a megbetegedést közvetlenül megelőzően fennállott biztosítási jogviszony,
2. a keresőképtelen személy 4 %-os egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett,
3. az orvos által megállapított és igazolt keresőképtelenség.

1. biztosítási jogviszony

Az egészségbiztosítás betegség esetére folyósított pénzbeli ellátására, a táppénzre jogosultsághoz alapvető feltétel a beteg fennálló vagy a megbetegedést közvetlenül megelőzően fennállott biztosítási jogviszonya, tekintettel arra, hogy a táppénz annak jár, aki a biztosítása alatt, vagy a biztosítása megszűnését követő első, második, harmadik napon válik keresőképtelenné.

Táppénzre kizárólag a **biztosítottak** jogosultak.

Nem jár táppénz

A következő felsorolásban szereplő esetekben akkor sem folyósítható a táppénz, ha a táppénzre jogosultság feltételei egyébként fennállnak, mert valamely külső kizáró körülmény miatt – általában azért, mert nincs keresetvesztés – nem folyósítható a táppénz.

Nem jár táppénz:

- a keresőképtelenségnek arra az időtartamára, amelyre a biztosított **átlagkeresetre jogosult, vagy teljes keresetét megkapja**. Aki keresetének egy részét kapja meg, annak csak az elmaradt keresete után jár a táppénz,
- a gyermekgondozási segély folyósításának idejére, (ide nem értve a gyermekgondozási segély mellett végzett munka alapján járó táppénzt),
- előzetes letartóztatás, szabadságvesztés tartamára,
- saját jogú nyugdíj folyósításának időtartamára.

Táppénz visszamenőleges igénylése

A táppénzt visszamenőleg 6 hónapra lehet igényelni és legkorábban az igénybejelentés napját megelőző 6. hónap első napjától lehet megállapítani.

A táppénz folyósítása, kifizetése

A táppénz kifizetésének határideje

A táppénzt utólag kell kifizetni, az igény benyújtását követő 30 – kivételes esetben 46 – napon belül. A kifizetőhellyel rendelkező munkáltató a bérfizetési napon, de legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 10. napjáig köteles folyósítani a táppénzt.

A táppénz határidőn túli kifizetése

E határidő lejártát követően kifizetett ellátások esetén a késedelembe esett egészségbiztosítási pénztár kamatot köteles fizetni a táppénzre jogosult részére (nem kell megfizetni a kamatot, ha a kamat összege nem haladja meg az 1000 Ft-ot).

A táppénz összege

A táppénz összegét több tényező befolyásolja. A táppénz összegét elsődlegesen az a jövedelem határozza meg, amely után a biztosított egészségbiztosítási járulék megfizetésére kötelezett, hiszen a számítás során a táppénz alapját ezen jövedelem naptári napi átlaga képezi. A táppénz mértéke pedig a biztosításban töltött időtől függően a napi átlagkereset 70, illetve 60%-a.

3. A napi átlagkereset megállapítása

Külön-külön kell kiszámítani a rendszeres és nem rendszeres jövedelem naptári napi átlagát és ezek együttes összege képezi majd a táppénz alapját.

Fekvőbeteg intézeti ápolás idejére jutó táppénz mértéke

Kórházi vagy egyéb fekvőbeteg gyógyintézeti ápolás esetén a táppénz összege a jövedelem naptári napi átlagának 60 %-a lesz.

Táppénz folyósítás időtartama a pályakezdők betegsége esetén

A pályakezdő fiatalok érdekeit szolgálja az a rendelkezés, amely szerint a folyamatos biztosítás tartamára tekintet nélkül táppénz jár annak, aki:

- 18 éves kora előtt válik keresőképtelenné, vagy
- iskolai tanulmányai megszűnését követő 180 napon belül biztosítottá válik és keresőképtelenségig megszakiítás nélkül biztosított.

Ha a 18 éves kora előtt keresőképtelenné vált biztosított a táppénz folyósításának ideje alatt betölti a 18. életévet, keresőképtelenségének további idejére a folyamatos biztosításának tartamára tekintet nélkül jogosult táppénzre, legfeljebb azonban 1 évre.

Ellátások betegség esetére – segély

Egy váratlan, súlyos, vagy egy hosszantartó betegsége miatt olyan anyagi helyzetbe kerülhet az ember, hogy a mindennapi életvitelhez szükséges költségek rendezése mellett már nem tudja a betegsége gyógyulásához szükséges gyógyszereit megvásárolni. Ilyen rendkívüli élethelyzetben, méltányolható feltételek fennállása esetén lehetőség van arra, hogy az OEP az Egészségbiztosítási Alapból pénzbeli segélyt nyújtson a gyógyszerköltségek csökkentése érdekében. Az egyszeri segély közvetlenül a beteg részére, készpénz formájában nyújt támogatást.

Ez a méltányossági ellátás az egészségi állapot megromlása miatt válsághelyzetbe került, az önmaga létfenntartását veszélyeztető betegeknek nyújt egyszeri anyagi segítséget a krízishelyzet áthidalására.

Az OEP méltányossági jogkörében nyújtott pénzbeli segélyben nemcsak a biztosított személyek részesülhetnek, hanem az ún. kizárólag egészségügyi szolgáltatásra jogosultak is. Ennek megfelelően tehát a gyógyszerköltségek csökkentése érdekében igényelhetnek segélyt pl. a nyugdíjasok, az eltarthat közeli hozzátartozók, a gyed-ben, gyes-ben részesülők is, ha egészségi állapotuk kedvezőtlen változása, egészségromlása miatt, vagy egészségkárosodás következtében nehéz anyagi helyzetbe kerültek és más elérhető forrás nem áll rendelkezésükre. A segély megállapításának elengedhetetlen feltétele, hogy az anyagi problémát kiváltó élethelyzet összefüggésben álljon az egészségbiztosítás által nyújtott ellátásokkal, szolgáltatásokkal.

A segélykérelmeket az OEP által átadott hatáskörben a megyei egészségbiztosítási pénztárak bírálják el, és a szerv vezetője engedélyezi az egyszeri segély folyósítását.
A kérelmező a kérelem beérkezésétől számított 30 napon belül a döntésről értesítést kap. Amennyiben segélyben részesül, az engedélyezett segély összegét postai úton, vagy banki átutalással veheti át.

Milyen esetekben kérelmezhető az egyszeri segély?

Gyógyszerköltségre

Természetbeni ellátások térítési díjának csökkentésére

Pénzbeli ellátásokra nem jogosult anyagi nehézségeinek átmeneti enyhítésére

Egészségügyben tevékenykedő civil, társadalmi szervezetek, alapítványok

Asztmás és Allergiás Betegek Országos Szövetsége: www.abosz.hu

Autisták Érdekvédelmi Egyesülete: www.esoember.hu

ÉTA Értelmi Sérülteket Szolgáló Társadalmi Szervezetek és Alapítványok Országos Szövetsége: www.eta-szov.hu

Félúton Alapítvány: www.feluton.hu

Kék Pont Drogkonzultációs Központ: www.kekpont.hu

Lánc Egészségkárosodott Emberek Szervezeteinek Szövetsége: www.c3.hu/~lanc

Lisztérzékenyek Érdekképviseletének Országos Egyesülete: www.c3.hu/~coeliac

Magyar Cukorbeteg Országos Szövetsége: www.extra.hu/macosz

Magyar Családterápiás Egyesület: www.c3.hu/~familyth

Magyar Hemofília Egyesület: <http://web.matavnet.hu/mhe>

Magyar Psoriasis Betegek Országos Egyesülete: www.psoriasis.hu

Magyar Rákellenes Liga: www.rakliga.hu

Magyar SM Társaság: www.datatrans.hu

Magyar Transzplantáltak Kulturális és Sport Egyesülete: www.mtse.hu

Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége: www.mvgysz.hu

Magyar Vöröskereszt: www.voroskereszt.hu

Magyarországi Crohn-Colitises Betegek Egyesülete: www.extra.hu/mccb

Májbetegekért Alapítvány: <http://www.majbeteg.hu/>

Motiváció Alapítvány: www.motivacio.hu

Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége: <http://web.matavnet.hu/meosz>

Siketek és Nagyothallók Országos Szövetsége: www.sinosz.hu

Vesebetegek Egyesületeinek Országos Szövetsége: www.c3.hu/~vorsz

Magyar egészségügyi honlapok

Dr. Info: www.drinfo.eszcsm.hu

Dr.EOL egészségügyi oldalak: www.eol.hu

Egészséglap: www.egeszseg.lap.hu

Egészségügy + üzlet: www.euuzlet.hu

Házipatika: www.hazipatika.com

Hello doktor: www.hellodoktor.hu

Konzílium: www.konzilium.hu

Netkórház: www.netkorhaz.hu

Patika: www.patika.hu

Segélyhely: www.segelyhely.hu

Vitalitás: www.vitalitas.hu

Weborvos: www.weborvos.hu