

**Egészségügyi ellátás az Európai Gazdasági Térség tagállamaiban
való ideiglenes tartózkodás alatt
Gyakorlati útmutató**

Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Nemzetközi és Európai Integrációs Főosztály

A magyar biztosítottak egészségügyi ellátásra vonatkozó jogosultsága az Európai Gazdasági Térség országaiban való átmeneti tartózkodás alatt a 1408/71/EK rendelet alapján

Általános tudnivalók

Az EU szociális biztonságot szabályozó rendelkezései – az 1408/71/EK és az 574/72/EK rendeletek - értelmében azok a személyek, akik Magyarországon **biztosítottak vagy egészségügyi ellátásra jogosultak**, az Európai Gazdasági Térség egy másik tagállamában jogosultak a tartózkodásuk tervezett idejére, és egészségi állapotukra tekintettel **orvosilag szükséges egészségügyi ellátásokra**. Az orvosilag szükséges ellátások körének meghatározása tagállami hatáskörben történik, amelyről kétség esetén az ellátást nyújtó orvos dönt.

Szükséges ellátásnak minősül pl. a dialízis-kezelés, az oxigénterápia és a szüléssel kapcsolatos ellátások. Ezekben az esetekben javasolt a külföldi szolgáltatóval való előzetes kapcsolatfelvétel.

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya (Kártya):

Az orvosilag szükséges ellátásokra való jogosultságot az **Európai Egészségbiztosítási Kártya** igazolja. Ez alapján a magyar jogosult ugyanolyan feltételekkel részesül az orvosilag szükséges ellátásban, mint az adott tagállam biztosítottai. A Kártyát a lakóhely szerint illetékes regionális egészségbiztosítási pénztár állítja ki, érvényességi ideje 12 ill. nyugdíjasok esetében 36 hónap. A kiállításához az alábbi dokumentumok bemutatása szükséges:

- Személyazonosságot igazoló okmány
- TAJ számot igazoló okmány
- Nem rendezett biztosítási jogviszony esetén a jogosultságot bizonyító okmányok (pl. munkáltatói igazolás, nyugdíjas igazolvány, hallgatói jogviszony-igazolás. stb.)

Fontos tudnivaló, hogy a Kártyával a szolgáltatásokat csak **az egészségbiztosítás illetékes szerveivel szerződésben lévő szolgáltatótól** lehet az egyenlő elbánás elvének megfelelően igénybe venni. A szerződés nélküli magánszolgáltató által nyújtott ellátás költségeit a beteg saját maga fizeti.

A Kártyával az összes államban egységesen, **közvetlenül lehet az egészségügyi szolgáltatóhoz fordulni**, a tartózkodás tervezett idejére és az egészségi állapotra tekintettel **orvosilag szükséges** ellátások igénybe vétele céljából. A magyar jogosult a külföldi ellátást az **egyenlő elbánás elvének megfelelően** tudja igénybe venni a másik EGT-tagállamban, ami azt is jelenti, ha az adott tagállamban biztosítottainak az ellátásért önrészt kell fizetniük, ezt a magyar jogosultak is kötelesek saját maguk viselni.

A tájékoztató füzetben röviden ismertetjük, hogy a magyar biztosítottak, illetve egészségügyi ellátásra jogosultak milyen **feltételekkel** vehetik igénybe az egészségügyi ellátásokat az Európai Gazdasági Térség egyes tagállamaiban. Információkat találhatnak pl. a nyomtatványok felhasználásával, illetve az **önrész** mértékével kapcsolatban az egyes tagállamok vonatkozásában. A tájékoztató az egyes tagállamok egészségbiztosítási összekötő szerveinek információi alapján készült.

Fontos kiemelni, hogy *Belgiumban, Franciaországban és Luxemburgban* és bizonyos típusú egészségügyi szolgáltatók esetében *Finnországban ún. visszatérítéses rendszer* működik. Ezekben az országokban az egészségügyi ellátások, gyógyszerek költségeit az ellátásban részesülő személy köteles megelőlegezni. Az illetékes biztosító a hatályos tagállami jogszabályok alapján visszatéríthető összeget utólag megtéríti. Az önrész visszatérítésére itt sincs lehetőség. Az erre vonatkozó szabályokat a **Visszatérítés** címszó alatt találja.

A Kártya nélkül igénybe vett ellátásokért a beteg a külföldi szolgáltató által megállapított és kiszámlázott összeget köteles saját maga megfizetni. Ez az összeg eltérhet attól az összegtől, amit a külföldi szolgáltató a vele szerződésben álló biztosítótól akkor kapott volna, ha az ellátást az **Európai Egészségbiztosítási Kártya** alapján nyújtja.¹ Az erre vonatkozó szabályokat a **Költségtérítés Európai Egészségbiztosítási Kártya nélkül igénybe vett ellátás esetén** címszó alatt találja.

Amennyiben a betegnek nem volt Európai Egészségbiztosítási Kártyája, és az ellátás költségeit saját terhére kellett, hogy igénybe vegye, a kezeléskor kiállított eredeti számlákat és a kiegyenlítésére vonatkozó igazolást a lakóhelye szerint illetékes magyar regionális egészségbiztosítási pénztárnak (REP) kell benyújtani. Ebben az esetben a regionális egészségbiztosítási pénztár megkeresi a kisegítő teherviselőt, és a külföldi biztosítótól kapott információk alapján azt az összeget fizeti ki, amennyibe az ellátás az Európai Egészségbiztosítási Kártya alapján került volna. Az így megtérített és a ténylegesen kiszámlázott, illetve kifizetett összegek közötti költségkülönbséget az ellátásban részesült személy saját maga köteles vállalni, ezt az OEP nem téríti meg.

Ez alól Spanyolország jelent kivételt: A spanyol egészségbiztosítási összekötő szerv tájékoztatása alapján a tartózkodás helye szerinti spanyol kisegítő teherviselő a spanyol egészségbiztosítási rendszer sajátosságaiból adódóan nem tud felvilágosítást adni az egészségügyi ellátás költségeiről. Így az 574/72 EGK rendelet 34. cikke (5) bekezdése értelmében abban az esetben, ha a magyar biztosított Spanyolországban Európai Egészségbiztosítási Kártya nélkül vett igénybe ellátást, a regionális egészségbiztosítási pénztárnak a költségeknek a magyar belföldi költségmérték erejéig történő megtérítésére van lehetősége.

Abban az esetben, ha a magyar biztosított az EGT valamely tagállamában **keresőképtelenné** válik, és érvényesíteni akarja **magyar táppénz iránti igényét**, keresőképtelenségéről igazolást – E 116-os nyomtatványt - kell kérnie a külföldi orvostól, és ezzel kell három napon belül egy szabadon választott külföldi biztosítóhoz kell fordulnia. Itt meg kell adni a tartózkodásának,

¹ Bizonyos tagállamokban, pl. Spanyolországban a külföldi biztosító az egészségbiztosítási rendszer sajátosságaiból fakadóan nem tud az ellátások költségeiről felvilágosítással szolgálni, ebben az esetben a magyar biztosító utólag a magyar belföldi költségmérték erejéig nyújthat visszatérítést. (ld. 574/72 EGK rendelet. 34.cikke (5) bekezdés)

valamint a lakóhelye szerint illetékes magyar regionális egészségbiztosítási pénztárnak a címét. A külföldi biztosító E 115-ös nyomtatványt állít ki, ami a magyar táppénz folyósításának az alapja lesz. A lehető legkorábban célszerű bejelenteni a munkaadónak (lehet telefonon, vagy fax útján) keresőképtelenség kezdetét és annak várható időtartamát, valamint a gyógykezelés ideje alatti tartózkodási helyét.

Európai Egészségbiztosítási Kártya vagy utasbiztosítás?

A Kártya és az utasbiztosítás egymáshoz képest kiegészítő jellegű. A Kártya és az utasbiztosítás közötti különbségekről az alábbi táblázatban találhat információkat.

Európai Egészségbiztosítási Kártya

Csak szerződött szolgáltatóhoz lehet fordulni vele.

Csak az orvosilag szükséges ellátásokat fedezi.

A szükséges ellátásokat azok árára tekintet nélkül nyújtani kell a nyomtatvány ellenében.

Az önrészt a biztosítottnak kell kifizetni,
annak visszatérítésére nem számíthat.

Bizonyos tagállamokban az ellátás költségeit
a biztosított előlegezi meg.

Utasbiztosítás

Magán egészségügyi szolgáltatóhoz is lehet fordulni vele.

A biztosítási szerződés szerinti összes ellátást fedezi (halottszállítást, poggyászbiztosítást, stb.)

Az ellátások költségeit csak a szerződési feltételekben meghatározott összeg erejéig vállalja a biztosító.

Az önrészt is fedezi.

Minden tagállamban a biztosító fizet.

További részletes információkért kérjük, keresse Tájékoztató az Európai Gazdasági Térség tagállamaiban igénybe vehető sürgős/szükséges egészségügyi ellátásokról c. kiadványunkat vagy hívja a helyi tarifával hívható

EU információs vonalunkat: **06-40-200-347**, illetve a regionális egészségbiztosítási pénztárat. Külföldről a **00 36 1 412 04 31** szám hívható.

Felhívjuk Tisztelt Ügyfeleink figyelmét, hogy a külföldi biztosítási rendszerekre és önrészekre vonatkozó tudnivalók tájékoztató jellegűek, az illetékes külföldi egészségbiztosítási összekötő szerv által megadott információkon alapulnak.

Ausztria

Hol lehet több információhoz jutni?

Helyi egészségbiztosítási pénztárnál. (Gebietskrankenkasse). Az osztrák egészségbiztosítási összekötő szerv elérhetősége: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Postfach 600; 1031 WIEN ÖSTERREICH +43 1 71132 www.hauptverband.at.

Kiutazás előtt

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya kiváltása szükséges, a lakóhely szerint illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárnál.

Orvosi ellátás

Az Európai Egészségbiztosítási Kártyával közvetlenül lehet fordulni a szerződéses egészségügyi szolgáltatókhoz.

Gyógyszerek

A gyógyszerárban az orvos által receptre felírt receptre szolgálják ki a gyógyszereket.

Kórházi ellátás

A kórházi beutalásra a kezelőorvos tesz javaslatot.

Sürgősségi esetekben az Európai Egészségbiztosítási Kártya bemutatásával közvetlenül is fel lehet keresni a kórházat.

A szokványos színvonalat meghaladó igényeket a biztosító nem fedezi és ezek árai meglehetősen magasak.

A kezelésért az alábbi önrészt kell megfizetni

Gyógyszerek	a recepten található tételenként 4,25 EUR
Kórházi ellátás	7,70 – 9,0 EUR/nap a biztosított részére 10 – 15 EUR a biztosított családtagjai részére

A költségek visszatérítése

Amennyiben nem volt Európai Egészségbiztosítási Kártya, és az ellátás költségeit saját terhére kellett, hogy igénybe vegye, a kezeléskor kiállított eredeti számlákat és a kiegyenlítésére vonatkozó igazolást a lakóhelye szerint illetékes magyar regionális egészségbiztosítási pénztárnak (REP) nyújtsa be.

Ebben az esetben a regionális egészségbiztosítási pénztár megkeresi a kiegészítő teherviselőt, és a külföldi biztosítótól kapott információk alapján azt az összeget fizeti ki, amennyibe az ellátás a Kártya alapján került volna. Az így megtérített és a ténylegesen kifizetett összegek közötti költségkülönbséget az ellátásban részesült személy saját maga köteles vállalni, ezt az OEP nem téríti meg.

Keresőképtelenség

Abban az esetben, ha a magyar biztosított az EGT valamely tagállamában *keresőképtelenné* válik, és érvényesíteni akarja magyar táppénz iránti igényét, keresőképtelenségéről igazolást – E 116-os nyomtatványt - kell kérnie a külföldi orvostól, és ezzel kell három napon belül egy szabadon választott külföldi biztosítóhoz kell fordulnia. Itt meg kell adni a tartózkodásának, valamint a lakóhelye szerint illetékes magyar regionális egészségbiztosítási pénztárnak a címét. A külföldi

biztosító E 115-ös nyomtatványt állít ki, ami a magyar táppénz folyósításának az alapja lesz. A lehető legkorábban célszerű bejelentenie a munkaadójának (lehet telefonon, vagy fax útján) keresőképtelenségének kezdetét és annak várható időtartamát, valamint a gyógykezelés ideje alatti tartózkodási helyét.