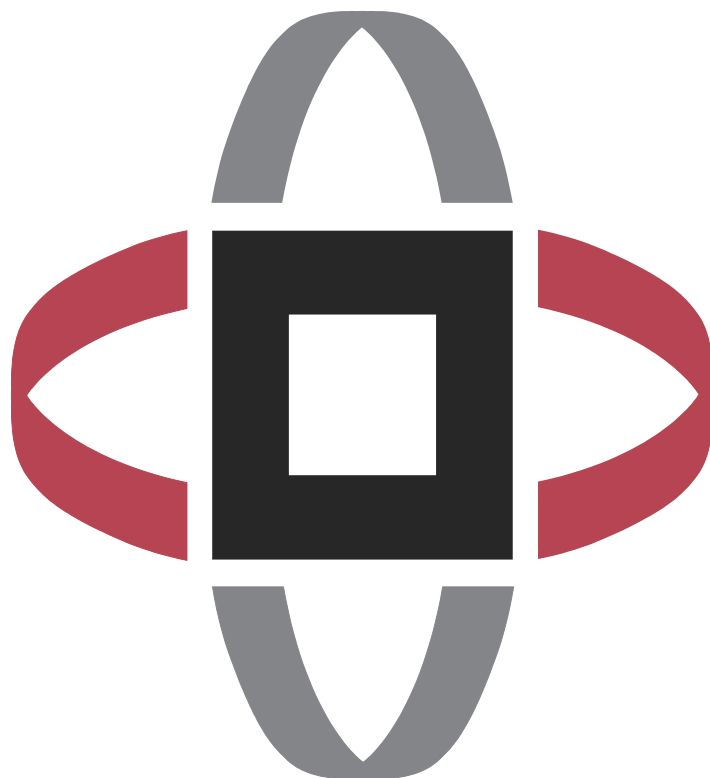


konzultációs füzetek

dr. Wieland Zsolt

**Az egészség- és önszegélyező
pénztárak által nyújtható
szolgáltatásokra vonatkozó
szabályok**



Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete

Az önszegélyező- és egészségpénztárak (a továbbiakban: pénztárak) dinamikus, kiszámítható és biztonságos fejlődése érdekében a jogalkotó több ponton változtatta a rájuk vonatkozó jogszabályokat. Jelen konzultációs füzet célja, hogy áttekintést adjon a pénztárak által nyújtható szolgáltatásokról, azok finanszírozási módjáról, az igénybevétel lehetőségéről, valamint az ehhez kapcsolódó eljárási szabályokról. Ennek során elsősorban az önkéntes kölcsönös egészség- és önszegélyező pénztárak által finanszírozható szolgáltatásokról szóló 263/2003. (XII. 24.) Korm. rendelet (a továbbiakban: rendelet) elemzésére vállalkozik, valamint nagyvonalakban áttekinti az ehhez kapcsolódó törvényi szintű módosításokat¹ is.

A Kormány 2003. augusztus 26-ai ülésén fogadta el az egészségpénztári rendszer továbbfejlesztéséről szóló koncepciót. A törvény tartalmazza az önkéntes önszegélyező- és egészségpénztári szabályok ehhez kapcsolódó módosítását. A változtatások legfőbb célja az öngondoskodás, a hosszabb időszakra történő, prevenciós jellegű megtakarítás ösztönzése. Ennek során elfogadásra került a kötelező szolidaritási rész eltörlése, illetve az egyéni egészség számla intézményének a bevezetése. Másrészt a törvény tartalmazza azt a módosítást, amelyben felhatalmazást kapott a Kormány arra, hogy a pénztárak által nyújtandó szolgáltatásokat, igénybevételük módját rendeletben határozza meg. A pénztárak fejlődésének elősegítése, valamint tágabb célként a lakosság egészségügyi megtakarításainak ösztönzése érdekében változtak a személyi jövedelemadóra vonatkozó szabályok is.

Egyéni számla

A pénztárak esetében már korábban is felmerült annak igénye, hogy a *kötelező szolidaritási rész eltörlése* nagyobb teret nyitna a egészségügyi célú megtakarítások területén. A módosítás célja, hogy az egészségügyi és önszegélyező célú megtakarítások felhasználása során bővüljenek a finanszírozási lehetőségek, ezzel is elősegítve az ilyen jellegű megtakarítási hajlandóság növekedését. Az egészségpénztárak, illetve az önszegélyező pénztárak esetében eltérő szabályok léptek életbe a egyéni számlák egyedi, valamint közösségi megterhelésének lehetőségével kapcsolatban. Az *önszegélyező* pénztárak esetében a jövőben lehetőség nyílik arra, hogy a szolgáltatásokat *több egyéni számla együttes megterhelésével* lehessen kiegyenlíteni. Mindez tehát azt jelenti, hogy az alapszabály rendelkezhet arról, hogy mely szolgáltatásokat finanszíroznak egyedi módon, és melyeket több egyéni számla együttes megterhelésével. Ez utóbbi lehetőség természetesen magába foglalja azt is, hogy az összes egyéni számla együttes megterhelésével lehessen szolgáltatást nyújtani. Ez a módosítás lényegesen szélesebb lehetőséget biztosít az önszegélyező pénztárak számára a finanszírozási módok közötti választásra. Az *egészségpénztárak* esetében a több tag egyéni számlájának megterhelésével történő szolgáltatás finanszírozás lehetősége korlátozottabb, mint az önszegélyező pénztáraknál. Az egészségpénztár a kizárólag a számára fenntartott szolgáltatások esetében csak az *egyéni számlák egyedi megterhelésével* finanszírozhat. Több egyéni számla együttes megterhelésével biztosíthat fedezetet azon szolgáltatások esetében, amelyeket önszegélyező feladatok körében lettek nevesítve. Így tehát a pénztártag betegsége miatti kereséktelenség esetében történő jövedelempótlás, a pénztártag halála esetén a hátramaradottak támogatása szolidáris alapon is nyújtható, gyógyszer és gyógyászati segédeszköz ártámogatásának közösségi finanszírozására azonban nincs lehetőség, kivéve azokat az egészségpénztárak, amelyek ezen szolgáltatásokat 2003. december 31-ét megelőzően szolidáris alapon finanszírozták. Ez utóbbi szabállyal a jogalkotó biztosította annak lehetőségét, hogy a szolidáris finanszírozás miatt létrehozott pénztárak a jövőben is azonos módon működhessenek.

¹ A törvényi szintű szabályozások részletesebb elemzésével és bemutatásával „Az önkéntes kölcsönös biztosító pénztárak és a magánnyugdíjpénztárakra vonatkozó törvények változásai„ című konzultációs füzet foglalkozik.

Adójogi változások

A 2003. évi szabályozással megegyezően nem kell bevételként figyelembe venni azt az összeget, amelyet magánnyugdíjpénztár részére a magánszemély tag javára tagdíjfizetésre kötött támogatási megállapodás keretében, illetve a munkáltató által fizetett tagdíj kiegészítésként más személy fizet meg. Változatlan az a rendelkezés, hogy a "nem bevétel" kategória az önkéntes kölcsönös biztosító pénztár(ak)ba havonta fizetett munkáltatói hozzájárulásnak csak meghatározott részére alkalmazható, amely azonban havonként a hónap első napján érvényes minimálbérrel annak *130 százalékára növekedett*. Amennyiben a munkáltatói hozzájárulás havonta fizetett összege meghaladja az említett értékhatárt, az e feletti összeg oly módon adózik, amely jogviszonyra tekintettel a magánszemély ahhoz hozzájutott (azaz munkaviszonyból származó jövedelemként).

Új előírás, hogy a felemelt értékhatáron belül a nyugdíjpénztári, vagy az önkéntes kölcsönös egészségpénztári és önszegélyező pénztári befizetés értékhatára *nem haladhatja meg havonta a havi minimálbér 100-100 százalékát*, ezzel ösztönözve a munkáltatókat - az egészségpénztári rendszer átalakításához kapcsolódóan - a magánszemélyek javára történő befizetések növelésére. A törvény szerint emelkedik az önkéntes kölcsönös biztosító pénztári befizetések adókedvezménye: az életkorhatárhoz nem kötött 100 ezer forintos kedvezmény *120 ezer forintra emelkedik*, de úgy, hogy önmagában a nyugdíj-, illetve nem nyugdíj (önszegélyező pénztári és egészségpénztári) befizetések után érvényesíthető adókedvezmény a 100-100 ezer forintot nem haladhatja meg.

Az egészségcélú lakossági megtakarítások, valamint a prevenciós célú felhasználások ösztönzése érdekében a jogalkotó *pluszadókedvezményt* is biztosít. A fentebb említett értékhatárokon belül külön adókedvezmény preferálja az önkéntes kölcsönös egészségpénztár keretében megvalósuló egészségcélú megtakarítást, illetve a prevenciós célú egészségpénztári szolgáltatások igénybevételét. A külön adókedvezmény mértéke 10 százalék, alapja a legalább *2 évig lekötött* egészségpénztári megtakarítás, illetve az igénybe vett *prevenciós* szolgáltatás értéke.

A pénztári szolgáltatások szabályozásának általános bemutatása

A pénztárak által nyújtható szolgáltatások esetében már korábban is felmerült az igény arra, hogy a törvény általános és meglehetősen szűkszavú meghatározására vonatkozóan alacsonyabb szintű jogszabályok tartalmazzák a *részletes definíciókat, illetve eljárási szabályokat*. A 2003-ig hatályos szabályozás alapvetően az általános törvényi definíciókon, illetve a PSZÁF által kiadott ajánlason alapult. A hatályba lépő módosítások célja az volt, hogy a PSZÁF ajánlást, amely nem rendelkezett kötelező jogi erővel, illetve jellegéből fakadóan nem mutatható túl a jogértelmezésen, egyértelmű és világos jogi szabályozás váltsa fel, amely mind a piaci szereplők, mind a pénztártagok, mind a felügyeleti szervek – elsősorban a PSZÁF – számára pontos határokat jelöljön ki a szolgáltatások területén. Az egyértelmű szabályozás megteremtése egyúttal lehetőséget teremtett arra, hogy az egészségcélú megtakarítás és szolgáltatás hangsúlyosabb szerepet kapjon. Ennek megfelelően a rendelet már a definíciók szintjén kizárja azokat a szolgáltatásokat, amelyek nem vagy csak nagyon kis részben szolgálják a kormányzati elképzelésekben megfogalmazott egészségügyi és önszegélyező célokat, másrészt a már meglévő szolgáltatások esetében is erősítse azok egészségügyi jellegét, különös hangsúlyt fektetve a prevenciós szolgáltatásokra. Ezen feladatok megvalósítása során a jogalkotó figyelembe vette a már kialakult szolgáltatási struktúrákat, figyelemmel volt arra, hogy az egészségpénztárak többsége szolgáltatásait valóban azoknak a céloknak megfelelően használta fel, amelyek a pénztárak létrehozásának

jogi lehetőségét motiválta. Így *lényeges beavatkozásra nem volt szükség* a szolgáltatások részletes meghatározása során, és a jogalkotó elsősorban a szüksézáví törvényi definíciókat tényleges tartalommal kitöltő PSZÁF ajánlásból, valamint az ajánlás alapján kialakult gyakorlatból indult ki. A módosítások legfontosabb hozadéka tehát kettős: egyrészt jogi kereteket kaptak a korábban csak ajánlás formájában létező szabályok, másrészt megerősítésre kerültek a pénztárak prevenciós szolgáltatási struktúrái az ilyen jellegű kifizetések ösztönzésével. Az igénybevételi szabályok során erősödött az orvosi indikáció szerepe, amelyet a PSZÁF ajánlása tartalmazott, azonban tekintettel arra, hogy az ajánlás jogszabályi erővel nem rendelkezett, így nem volt lehetőség a számonkérésre. A jogalkotó az egészségpénztárak esetében a szolgáltatások jelentős részének finanszírozását *orvosi javaslathoz* kötötte. Másrészt az egészség megőrzését elősegítő szolgáltatások ösztönzése érdekében általános állapotfelmérésen alapuló *egészségterv* elkészítésének kötelezettségét nevesítette arra az esetre, ha a pénztártag élni kíván az adójogszabályokban biztosított pluszkedvezményekkel. Nagyon fontos kiemelni, hogy az állapotfelmérés elvégzése, illetve az egészségterv elkészítése nem többlet kötelezettséget nevesít, hanem éppen ellenkezőleg: az adójogszabályban nevesített adó jóváírási pluszkedvezmény feltételeként határozta meg. A jogalkotó szándéka egyértelműen arra irányult, hogy az egészségügyi megtakarításokat ösztönözve adókedvezményt biztosítson, ezzel párhuzamosan azok számára is biztosítsa az ilyen jellegű adókedvezményeket, akik nem az egyéni számlájukon lévő összeg lekötésével, hanem orvosi szakvélemény birtokában saját egészségi állapotuk megőrzésére költve „fektetnek be”.

A rendelet szabályainak részletes indokolása

„1. § A rendelet hatálya az Öpt. 1. § (1) bekezdés a) pontjában meghatározott önkéntes kölcsönös biztosító pénztárak közül az Öpt. 10. § (1) bekezdés b) és c) pontjaiban meghatározott önségélyező, illetve egészségpénztárakra (a továbbiakban együtt: pénztár), valamint az Öpt. 1. § (1) bekezdés b) pontjában és az Öpt. 2. § (2) bekezdés d) és e) pontjában meghatározott természetes személyekre, jogi személyekre és jogi személyiség nélküli gazdasági társaságokra terjed ki.”

A rendelet hatálya kiterjed mind az egészség-, mind az önségélyező pénztárakra, valamint azokra a szolgáltatókra, amelyek egészségcélú szolgáltatásokat nyújtanak, valamint szerveznek a számukra. A rendelet mennyiségileg leginkább az egészségcélú szolgáltatások² finanszírozásával foglalkozik, elsősorban azért, mert ezek korábban csak a PSZÁF ajánlásban fogalmazódtak meg, és az ellenőrzés területén itt merültek fel az egyértelmű szabályozással orvosolható problémák.

„2. § E rendelet alkalmazásában

- a) egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 3. § e) pontjában meghatározott szolgáltatás;**
- b) egészségügyi hatóság: az Eütv. 3. § h) pontjában meghatározott hatóság;**
- c) egészségügyi szolgáltató: az Eütv. 3. § f) pontjában meghatározott szolgáltatók;**
- d) egészségpénztári szolgáltató: az Öpt. 2. § (2) bekezdés e) pontjában meghatározott szolgáltatók;**
- e) egyéni egészség számla: az Öpt. 2. § (6) bekezdés a) pontjában meghatározott egyéni számla;**

² Egészségcélúnak tekinthető ebben az esetben az önségélyező pénztárak feladataként meghatározott gyógyszer és gyógyászati segédeszköz ártámogatása is, amelyet egészségpénztár is nyújthat.

- f) gyermeknevelési támogatásra jogosult:* a gyermeket nevelő szülő, nagyszülő és gyám;
- g) keresőképtelen személy:* a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 44. §-ában meghatározott személyek, valamint a megváltozott munkaképesség, szülés, beteg gyermek ápolása miatt keresettel nem rendelkező személy;
- h) minőségi tanúsítványok kiadására jogosult intézmények:* Országos Gyógyszerészeti Intézet (a továbbiakban: OGYI), Orvos és Kórháztechnikai Intézet (a továbbiakban: ORKI), Magyar Elektrotechnikai Ellenőrző Intézet (a továbbiakban: MEEI), valamint a Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium Engedélyezési és Közigazgatási Hivatala (a továbbiakban: Hivatal);
- i) munkanélküli:* az a személy, akinek a jövedelemszerző tevékenysége megszűnt és nyugellátásra nem jogosult;
- j) szolgáltatószervező:* az Öpt. 2. § (2) bekezdés *d)* pontjában meghatározott szolgáltató;
- k) rekreációs üdülés:* a kereskedelmi és a fizetővendéglátó szálláshelyek osztályba sorolásáról szóló jogszabályban meghatározottak szerinti wellness hotelben igénybe vett, szállodai szolgáltatással egybekötött egészségügyi szolgáltatást tartalmazó üdülés;
- l) gyógyüdülés:* a természetes gyógytényezőkről szóló jogszabályban meghatározottak szerinti gyógyüdülőben, vagy gyógyszállóban igénybe vett, egészségügyi szolgáltatást is tartalmazó üdülés;
- m) gyógyszer és gyógyászati segédeszköz árának támogatása:*
1. az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek törzskönyvezéséről és a forgalomba hozataluk engedélyezéséről szóló jogszabályban meghatározott, hatóság által engedélyezett és az Egészségügyi Közlönyben kihirdetett, lakosság számára közvetlenül forgalmazott humán gyógyszerek (beleértve a homeopátiás gyógyszereket és az immunológiai készítményeket is) árának támogatása;
 2. a gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló jogszabályban meghatározott engedély alapján behozatalra engedélyezett gyógyszerek, immunológiai készítmények árának támogatása;
 3. orvosi vényen rendelt egyedi összetételű (magisztrális) gyógyszerkészítmények árának támogatása;
 4. a hatályos Magyar Gyógyszerkönyvben és a hatályos Formulae Normalesben meghatározott, közvetlen lakossági felhasználásra alkalmas gyógyszeranyagok árának támogatása;
 5. az anyatej helyettesítő és anyatej kiegészítő tápszerekről szóló jogszabályban meghatározott tápszerek megvásárlásának támogatása;
 6. a speciális gyógyászati célra szánt tápszerekről szóló jogszabályban meghatározott tápszerek megvásárlásának támogatása;
 7. társadalombiztosítási támogatással rendelhető, illetve kölcsönözhető gyógyászati segédeszközökről, a támogatás összegéről és mértékéről szóló jogszabályban meghatározott gyógyászati segédeszközök megvásárlásának, kölcsönzésének támogatása, a társadalombiztosítás által nem finanszírozott részre, vagy e támogatás igénybevétele nélküli megvásárlásának támogatása;
 8. közvetlen lakossági felhasználásra alkalmas, az ORKI, a MEEI, vagy a Hivatal által kiadott minősítéssel rendelkező, valamint az Európai Unió országaiban működő hatóság által kiadott - ezzel egyenértékű - minősítéssel rendelkező orvostechikai eszköz megvásárlásának támogatása;
 9. egészségügyi hatóság által engedélyezett csecsemő- és betegápolási cikkek megvásárlásának támogatása;
 10. gyógyszertárban, gyógyfürdőben vagy gyógyvíz-ivócsarnokban értékesített gyógyvizek megvásárlásának támogatása;

- 11. gyógyszerárban értékesített gyógyteák megvásárlásának támogatása;**
12. gyógyszerárban értékesített fog- és szájápolók megvásárlásának támogatása;
13. OGYI engedéllyel és forgalomba hozatali engedéllyel rendelkező gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású termékek megvásárlásának támogatása.”

A fogalmak meghatározása során a jogalkotó törekedett az egyértelmű definíciók megalkotására. Ennek érdekében a más jogszabályokban már meghatározott fogalmakat – utaló szabály formájában – átvette. A fogalmi meghatározás egyik legfontosabb eleme a gyógyszer és gyógyászati segédeszközök meghatározása. A rendelet nagymértékben támaszkodik a PSZÁF által kiadott ajánlásra, de ahhoz képest eltérő szabályozási struktúrát alkalmaz. Tekintettel arra, hogy a PSZÁF csak a jogszabály értelmezés körében maradva, nem kötelező erővel határozhatta meg a finanszírozható szolgáltatásokat, ezért kettős szabályozási modellt követett. Egyrészt adott egy pozitív listát, ahol fogalmilag meghatározta, mely termékek árához nyújtható támogatás, másrészt tartalmazott egy negatív listát, amelyekenél azokat a termékeket határozta meg, amelyek árának támogatása a PSZÁF értelmezése szerint nem minősül önszegélyező pénztári feladatnak. A rendelet ehhez képest csak a pozitív listát tartalmaz, jelentős mértékben nem szűkítve azon termékek körét, amelyeket a pénztárak korábban is támogathattak. Szűkítést jelent a korábbi szabályozáshoz képest, hogy csak a gyógyszerárban értékesített fog- és szájápolási szerek és gyógyteák finanszírozhatóak az egészségpénztári befizetésekből. A kozmetikumok árának támogatására a PSZÁF ajánlás értelmében sem volt lehetőség, azonban a rendelet egyértelműen kizárja az ilyen jellegű pénztári kifizetéseket.

A fogalmak közül ezen túlmenően még kiemelendő a gyógyüdülés, illetve a rekreációs üdülés fogalmának meghatározása. Gyógyüdülésnek minősül eszerint a gyógyüdülőben, illetve gyógyszállóban igénybe vett szolgáltatás abban az esetben, ha az egészségügyi szolgáltatást is tartalmaz. A rekreációs üdülésnél pedig külön ki kell emelni, hogy csak a wellness minősítéssel ellátott hotelekben, illetve fizető vendéglátóhelyeken igénybevett szolgáltatás ára támogatható. A wellness minősítés jogszabályi meghatározása csak az elmúlt évben lépett hatályba, így a jogalkalmazásban nem jelent problémát a wellness fogalmának meghatározása. Wellness szállodának minősülnek azok a minimum három csillagos szállodák, amelyek az egészséges életvitelhez szükséges gasztronómiai, sport, relaxációs és wellness szolgáltatásokat nyújtanak. Ilyen szolgáltatások például a különféle masszázások, szépségápolási lehetőségek, hagyományörző magyar, valamint reform- és vegetáriánus étel- és italajánlatok, szakmai ellenőrzés mellett nyújtott fitness szolgáltatások, szabadidős és keleti mozgásprogramok, aerobik jellegű tréning, valamint széleskörű kulturális és művészeti programlehetőségek. Ezen túlmenően a wellness szállodának a háromcsillagos minősítéshez szükséges tárgyi felszereléseken túlmenően rendelkeznie kell minimum egy beltéri úszómedencével, szauna vagy gőzfürdő létesítménnyel, kardiogépekkel felszerelt fitneszteremmel, stb..

„3. § Az önszegélyező pénztárak által a pénztártagok, illetve rendelkezésük alapján a közeli hozzátartozóik részére nyújtható szolgáltatások köre a következő:

- a) munkanélküliek segélyezése;**
- b) keresőképtelenek segélyezése;**
- c) jogszabály által előírt szociális kötelezettségek alapján biztosított kiegészítő ellátás;**
- d) gyermeknevelési támogatás;**
- e) gyógyszer és gyógyászati segédeszköz árának támogatása;**
- f) ápolási segély;**
- g) temetési segély;**
- h) a pénztártag vagy közeli hozzátartozója halála esetén a hátramaradottak segélyezése.”**

A rendeletben a törvényi szabályozásnál részletesebb kibontásra került az önszegélyező pénztárak által nyújtható szolgáltatások köre. A törvényi szabályozás egy általános fogalmi meghatározást ad arra vonatkozóan, hogy az önszegélyező pénztárak milyen szolgáltatásokat nyújthatnak. Ehhez képest a rendelet részletesen meghatározza a szolgáltatásokat, amely során figyelembe vette a pénztárak és a PSZÁF által kialakított joggyakorlatot.

„4. § (1) Az önszegélyező pénztárnak a 3. § c) pont alapján nyújtott szolgáltatások esetében meg kell jelölni, hogy mely jogszabály által előírt szociális kötelezettség alapján nyújtja az ellátást.

(2) Az önszegélyező pénztáraknak a 3. § c) pontjában meghatározott szolgáltatások nyújtásához a rászorultság elvén alapuló feltételrendszert kell kidolgozniuk.”

Az önszegélyező pénztár csak olyan szociális kiegészítő ellátást finanszírozhat, amelyet jogszabály ír elő. A rendelet kötelezettséggé nevesíti, hogy a pénztár köteles ezt a jogszabályhelyet megjelölni. A rendelkezés célja, hogy a mind a felügyeleti ellenőrzés, mind a pénztár számára nyomon követhető legyen, hogy a kiegészítő ellátás valóban csak arra a körre terjed ki, amelyre jogszabályi kötelezettség van. Ehhez kapcsolódóan az ilyen jellegű szolgáltatás esetében a pénztár köteles a rászorultság elvén alapuló feltételrendszert kialakítani. Az (1) bekezdéshez hasonlóan garanciális jellegű szabály, amely kötelezettség a feltételrendszer kialakítására irányul, anélkül, hogy további tartalmi előírást megfogalmazna. A feltételrendszer egyúttal azt is jelenti, hogy annak koherens, több feltételt tartalmazó dokumentumnak kell lennie. A jogalkotó nem kívánta korlátozni a pénztárak szabadságát a feltételrendszer kialakításával kapcsolatban, de annak kötelezettséget nevesítette, hogy a feltételrendszernek – a pénztár céljaival megegyezően – a rászorultság elvén kell alapulnia.

„5. § (1) Az egészségpénztárak a pénztártagok, illetve rendelkezésük alapján a közeli hozzátartozóik részére az alábbiakban felsorolt, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) által nem, vagy csak részben finanszírozott szolgáltatásokat nyújthatják:

a) bármilyen, a 8. §-ban meghatározott feltételeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatónál igénybe vett egészségügyi szolgáltatás, amely a társadalombiztosítási ellátás keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatást kiegészíti, vagy helyettesíti;

b) helyi önkormányzat által kiadott működési engedéllyel rendelkező szolgáltató által a pénztártag vagy közeli hozzátartozója részére nyújtott otthoni gondozás;

c) a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről szóló jogszabályban felsorolt, az ott meghatározott feltételeknek megfelelő szolgáltató által nyújtott szolgáltatások;

d) gyógytorna, gyógymasszázs, fizioterápiás kezelések igénybevétele;

e) gyógyfürdő, mozgásszervi betegeket ellátó nappali kórház, gyógyfürdőkórház, szanatórium, éghajlati gyógyintézet, klímagyógyintézet, gyógyvíz-ivócsarnok és gyógybarlang (barlangterápiás intézet) egészségügyi szolgáltatásainak, gyógyellátásainak igénybevétele;

f) rekreációs és gyógyüdülés a pénztártag szolgáltatás igénybevételekor aktuális egyéni számlaegyenlegének 50%-os mértékéig, de naptári évenként legfeljebb 150 ezer forint összegben;

g) közfürdők fürdőgyógyászati részlege által nyújtott gyógykezelések igénybevétele;

h) sporttevékenységhez közvetlenül kapcsolódó kiadások, így pálya-, uszoda-, terem-, foglalkozáson részvételre jogosító stb. bérlet, (nem tekinthető a sporttevékenységhez

közvetlenül kapcsolódó kiadásnak az utazás, a szállás, a sportruházat és az étkezés költsége);

i) aktív testmozgást segítő sporteszköz (ideértve a sporttevékenység során a testi épiséget közvetlenül védő kiegészítő eszközöket is, mint kar-, könyök-, térd- és fejtámaszt) vásárlásának támogatása a pénztártag vásárláskor fennálló egyéni számlaegyenlegének 50%-áig, de naptári évenként legfeljebb 70 ezer forint összegben;

j) braille írással készült könyvek, magazinok árának a támogatása;

k) mozgáskorlátozott, megváltozott egészségi állapotú személyek életvitelét megkönnyítő speciális eszközök árának támogatása, lakókörnyezetük szükségleteikhez igazodó átalakítása költségeinek támogatása, így különösen korlátok, kapaszkodók felszerelése, ajtók, kijárok, folyosók szélesítése, emelőeszközök beszerelése;

l) vakvezető kutyával összefüggésben felmerült költségek támogatása;

m) az alábbi, egészségügyi szolgáltató, vagy természetgyógyász által nyújtott szolgáltatások:

- 1. szenvedélybetegségekről való leszoktatásra irányuló kezelések;**
- 2. méregtelenítő kúra;**
- 3. léböjt kúra;**
- 4. preventív kúra mozgásszervi panaszok megelőzésére;**
- 5. fogyókúra program.**

(2) Az egészségpénztár egészségügyi célú önszegélyező feladatának ellátása körében a pénztártagok, illetve rendelkezésük alapján a közeli hozzátartozóik részére az alábbi szolgáltatásokat nyújthatja:

a) gyógyszer és gyógyászati segédeszköz árának támogatása;

b) pénztártag betegség miatt keresőképzetlensége esetén a kieső jövedelmének teljes vagy részbeni pótlása;

c) a pénztártag vagy közeli hozzátartozója halála esetén a hátramaradottak segélyezése.”

Az önszegélyező pénztárakhoz hasonlóan az egészségpénztárak esetében is a törvényi keretszabályok között meghatározásra kerültek a finanszírozható szolgáltatások. Az (1) bekezdésben nevesítésre kerültek azok a szolgáltatások, amelyek kifejezetten egészségpénztár által nyújthatók, míg a (2) bekezdésben azokat a szolgáltatásokat jelöli meg a rendelet, amelyeket az egészségpénztár mint önszegélyező feladatot láthat el.

Az (1) bekezdésben meghatározott szolgáltatások lényegében lefedik a PSZÁF ajánlásban már korábban megjelölt szolgáltatásokat, kiegészítve azokkal a jogalkotói célokkal, amelyek elősegítik a prevenciók célú megtakarítások és felhasználások növekedését. Az egészségpénztár által nyújtható szolgáltatás nyújtásának általános feltétele, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nem vagy csak részben támogathatja ezeket a szolgáltatásokat. A szabályozás célja a kettős finanszírozás lehetőségének kizárása.

Annak érdekében, hogy az egészségpénztár által finanszírozott szolgáltatások kellő szakmai színvonallal rendelkezzenek, a jogalkotó előírta, hogy azt csak a szükséges képesítésekkel, ellenőrizhetőséggel rendelkező személyek, szolgáltatók végezhesék. Ennek megfelelően egészségügyi szolgáltatást csak a 8. §-ban meghatározott szervezeteknél lehet igénybe venni, betegápolást csak az önkormányzat által kiadott működési engedéllyel rendelkező személyek nyújthatnak, az m) pontban nevesített szolgáltatások csak egészségügyi szolgáltatóknál vagy természetgyógyásznál vehetőek igénybe, stb..

Ezen túlmenően lényeges változás, hogy bizonyos szolgáltatások csak korlátozott formában vehetőek igénybe. A sporteszköz vásárlásának támogatása, valamint a rekreációs és gyógyüdülési szolgáltatás esetén kettős korlátot állított fel a jogalkotó: egyrészről egy relatív korlát került megállapításra, mely szerint az egyéni számlaegyenlegnek bizonyos

százalékában fordítható ezekre a szolgáltatásokra, másrésztől van egy objektív korlát is, mely szerint megállapításra kerül az egy évben maximálisan erre a célra fordítható összeg. A jogalkotó célja ezen szabályok megállapítása során az volt, hogy a pénztártagok ezeket a szolgáltatásokat ne kizárólagosan válasszák, hanem emellett más szolgáltatásokat is igénybe vegyenek. Más szolgáltatások esetében ilyen előírás bevezetésére nem volt szükség, tekintettel arra, hogy azok igénybevétele elsősorban az egészségi állapothoz kapcsolódik, így azok előre nem kalkulálhatóak, és indokolatlan volna a kifizetések korlátozása. Sporttevékenység támogatását pedig a jogalkotó olyan kiemelten fontos prevenciós szolgáltatásnak minősítette, hogy ilyen korlát bevezetését nem látta szükségesnek.

„6. § (1) Az egészségpénztárak által nyújtott szolgáltatások a (2)-(7) bekezdésben foglaltak szerint minősülnek prevenciós szolgáltatásnak.

(2) A pénztárral szűrési, állapot felmérési tevékenységre szerződött egészségügyi szolgáltató által végzett egészségügyi állapotfelmérő vizsgálatok, amelyek eredményeinek felhasználásával személyes egészségterv készül, prevenciós szolgáltatásnak minősülnek.

(3) A személyes egészségtervet az állapotfelmérést végző, e célra szerződött egészségügyi szolgáltató szakorvosa készíti. Az egészségterv kötelező tartalmi elemei:

a) a beteg állapotát, panaszait felmérő kérdőíves előszűrés eredményének összefoglalása;

b) a pénztár alapszabályában meghatározott alapszűrések eredménye;

c) az állapotfelmérést végző szakorvos által az a) és b) pont vizsgálatai alapján javasolt további állapotfelmérő vizsgálatok eredménye;

d) az a)-c) pontban végzett vizsgálatok összefoglaló értékelése;

e) a d) pont alapján készült javaslat a további vizsgálatokra és ellenőrzésekre, esetleges gondozásba vételre;

f) a d) pont alapján készült életvezetési javaslat, amely kiterjed

1. a táplálkozási javaslatokra;

2. az esetlegesen javasolt sporttevékenységekre;

3. az esetlegesen javasolt gyógyászati szolgáltatásokra;

4. az esetlegesen javasolt, a 5. § (1) bekezdésének m) pontjában felsorolt kúraszerű ellátásokra.

(4) A személyes egészségterv alapján indokolt, az egészség megőrzését és a megbetegedések megelőzését elősegítő - az orvosi javaslat alapján - igénybe vehető szolgáltatások közül az 5. § (1) bekezdésének d)-e) és h) pontjaiban felsorolt szolgáltatások prevenciós szolgáltatásnak minősülnek.

(5) Prevenciós szolgáltatásnak minősülnek az elkerülhető megbetegedések korai felismerésére irányuló, az 5. § (1) bekezdésének a) pontjában foglaltaknak megfelelő szűrővizsgálatok, ideértve az OEP által nem finanszírozott, működési engedéllyel rendelkező szakorvos által végzett szűrést, így különösen

a) méhnyakrák szűrés;

b) emlőrákszűrés;

c) vastagbélrák szűrés;

d) prosztatatarákszűrés;

e) mozgásszervi szűrés;

f) aids-szűrés;

g) mentális zavarok korai felismerését célzó szűrés;

h) fogászati szűrés.

(6) Ha az a (2) bekezdés alapján készített személyes egészségterv alapján indokolt, prevenciós szolgáltatásnak minősülnek az 5. § (1) bekezdésének m) pontjában felsorolt szolgáltatások is.

(7) A (2), (4) és (6) bekezdésben meghatározott szolgáltatások csak akkor minősülnek prevenciós szolgáltatásnak, ha a pénztártag a (3) bekezdés f) pontja szerinti javaslat megértését, a javaslatok elfogadását és a megvalósításban való együttműködő-készségét aláírásával igazolja és - a (4) és (6) bekezdésben meghatározott szolgáltatások esetén - a (2) bekezdésben meghatározott személyes egészségterv a szolgáltatás igénybevételének időpontját megelőző két éven belül készült.”

A rendelet megalkotásának egyik legfontosabb célja a prevenciós szolgáltatások körének meghatározása, különös tekintettel arra, hogy ezekhez plusz adókedvezmény társul. Az adójogi szabályok rendelkeznek az igénybevehető kedvezmény mértékéről, és ehhez kapcsolódóan a rendelet határozza meg a kedvezmény alapját biztosító prevenciós szolgáltatások körét. Ezek szerint prevenciós szolgáltatásnak minősül a személyes egészségterv elkészítése, valamint az ahhoz kapcsolódó szűrővizsgálatok elvégzése. A személyes egészségterv a pénztártag, illetve a kedvezményezett állapotának komplex felmérésére irányul, és az állapotfelmérés eredményeinek függvényében az életvezetésre vonatkozóan tanácsokat fogalmaz meg. Az egészségtervben foglaltak indokolhatják olyan egészségmegőrző tevékenységek végzését, amelyek az egészségpénztár által nyújtható szolgáltatások körébe tartoznak. Ebben az esetben az ilyen jellegű szolgáltatások is prevenciósoknak minősülnek. Ezen túlmenően a jogalkotó minden szűrővizsgálatot prevenciósoknak minősít, és ezek közül példálózó jelleggel párat megemlít. A szakasz utolsó bekezdésében a jogalkotó nevesíti a prevenciós szolgáltatást igénybevevőnek együttműködési kötelezettségét. A szabályozás indoka, hogy az egészségtervben foglaltak megvalósítása csak abban az esetben éri el a célját, amennyiben az azt igénybevevő valóban eleget tesz az abban foglalt tanácsoknak.

Összességében elmondható, hogy prevenciós szolgáltatásnak minősül az egészségterv elkészítése, az ehhez kapcsolódó és ettől független szűrő vizsgálatok, valamint az elkészült egészségterv alapján indokolt egészségmegőrző programok, szolgáltatások igénybevétele.

„7. § (1) Az 5. §-ban meghatározott szolgáltatások igénybevételéről - a (2)-(3) bekezdésekben foglalt eltérésekkel - a pénztártag rendelkezik.

(2) A rendelet

a) 2. § m) pontjának 5. és 6. alpontjaiban,

b) 2. § m) pont 7. alpontjában, (feltéve, hogy az társadalombiztosítási támogatás igénybevétele nélkül történik), valamint

c) az 5. § (1) bekezdés b) és e)-i) pontjaiban nevesített szolgáltatások az indokoltságot alátámasztó orvosi javaslat alapján vehetők igénybe.

(3) Az 5. § (1) bekezdésének j)-l) pontjaiban nevesített szolgáltatások az indokoltságot alátámasztó hatósági igazolás esetében vehetők igénybe.”

Tekintettel arra, hogy az egészségpénztári szolgáltatások adókedvezménnyel történő támogatása kifejezetten egészségcélú felhasználás érdekében történik, az esetleges visszaélések megakadályozása érdekében a jogalkotó előírta az orvosi indikáció meglétét azon szolgáltatások körében, amelyek felhasználása nem csak egészségügyi célból történhet. Az orvosi indikáció kötelezővé tétele azonban nem csak korlátozást jelent, hanem egyúttal abban teszi érdekeltté a pénztári szolgáltatást igénybevevőt, hogy az orvossal való kapcsolattartás is megtörténjen, ezzel szakmai kontroll alá kerüljön. Konkrét esetben ez azt

jelentheti, hogy az orvosi indikáció megkövetelése a szolgáltatást igénybevevőt olyan szolgáltatások igénybevételében teszi érdekeltté, amely a saját egészségi állapotának megőrzése érdekében szükséges. A látásukban korlátozott személyek esetében – alapvetően más jogosultságok igénybevételéhez szükséges – hatósági igazolások benyújtását teszi kötelezővé a rendelet. A szabályozás célja az esetleges visszaélések kiszűrése.

„8. § (1) Az egészségpénztári szolgáltatókkal az Öpt. 2. § (2) bekezdésének e) pontjában foglaltak alapján a szolgáltatás nyújtásának feltételeként kötendő szerződések kötelező tartalmi elemei a következők:

a) szerződő felek azonosító adatai (megnevezés, székhely, adószám, nyilvántartási vagy cégjegyzékszám, bankszámlaszám, képviselő személye, az egészségpénztári szolgáltató működési engedélyének (ÁNTSZ engedélyének) száma;

b) a szolgáltatások megnevezése, továbbá KSH besorolása vagy OENO kódja, valamint e rendelet szerinti besorolása;

c) a szolgáltatások igénybevételének, helye, ideje;

d) a szerződés hatálybalépésére, tartamára vonatkozó meghatározás;

e) a szerződés felmondásának (rendes és rendkívüli felmondás) szabályai;

f) egészségpénztári kártya használatának lehetősége esetén az ezt szabályozó rendelkezések.

(2) Az egészségpénztári szolgáltatói szerződések kötelező mellélete az egészségpénztári szolgáltató felelősségbiztosításának másolata, amennyiben a működésére vonatkozó szakmai szabályok ennek kötelező meglétét előírják.”

Az Öpt. hatályos rendelkezési szerint a pénztár köteles szerződéses kapcsolatban állni az egészségpénztári szolgáltatóval. A szerződés tartalmi és formai kellékeinek meghatározását tartalmazza a hivatkozott jogszabályhely. A szabályozás lényeges eltérést nem tartalmaz a korábbi gyakorlathoz képest, pusztán a jogszabályban is kimondásra kerültek azok a szerződési kellékek, amelyek az egészségpénztári szolgáltatás biztonságos, ellenőrizhető és számonkérhető nyújtásához eddig is elengedhetetlenek voltak.

„9. § (1) Az egészségpénztár és az egészségpénztári szolgáltató közötti szerződés - az 5. § (1) bekezdés h) pontjában meghatározott szolgáltatást nyújtó egészségpénztári szolgáltató kivételével - csak írásban érvényes.

(2) Az egészségpénztár csak a számviteli törvény előírásainak megfelelő általános alaki kellekkel ellátott, az egészségpénztári szolgáltató által a pénztár nevére kiállított számla ellenében teljesíthet kifizetést. Az egészségpénztári szolgáltató a számlán az igénybe vevő pénztártag (közeli hozzátartozó) nevét, vagy azonosítóját feltünteti.”

Az egészségpénztár és az egészségpénztári szolgáltató ellenőrizhetősége, számon kérhetősége érdekében a rendelet a közöttük lévő szerződésre kötelező írásos formát ír elő. Az írásbeli szerződés kötelezővé tétele azért fontos, hogy az egészségpénztár valóban olyan szolgáltatókkal állapodjon meg, amelyek megfelelő színvonalú szolgáltatást végeznek, és ezen megállapodás elemei könnyen bizonyíthatóak, így egyértelműen számon kérhetőek és ellenőrizhetőek legyenek. Ezek a szerződések korábban is írásban kerültek megkötésre, így a rendelet csak az általános gyakorlatnak megfelelő kötelezettséget nevesít. Ez alól egyetlen esetben enged meg kivételt a jogalkotó, amikor sporttevékenységhez közvetlenül kapcsolódó szolgáltatás támogatásáról van szó, tekintettel arra, hogy ezen szolgáltatások megfelelő színvonalának számon kérése elsősorban a szolgáltatást igénybevevő személy érdeke.

A számla kiállítására vonatkozó szabályok ahhoz az általános szabályhoz igazodnak, mely szerint az egészségpénztári szolgáltatásokat a pénztár nyújtja a pénztártag, illetve a kedvezményezett számára.

„10. § A 3. § e) pontjában meghatározott, valamint az 5. § (1) bekezdésének i)-l) pontjai alapján nyújtott támogatás alapján finanszírozott termékek esetében a termék értékesítője és a pénztár között szerződéskötésre nincs szükség. Ezen termékek megvásárlását pénztártag a saját nevére kiállított, a számviteli törvény előírásainak megfelelő általános alaki kellékekkel ellátott számla pénztár részére történő eljuttatásával igazolja.”

A számla kiállítására vonatkozó szabályok eltérően alakulnak a korábban említett kizárólag egészségpénztár által finanszírozható szolgáltatásokhoz képest, tekintettel arra, hogy az önszegélyező feladatok nem szolgáltatás nyújtására, hanem az igénybevett szolgáltatások árának támogatására irányulnak. Ezért ebben az esetben nem a pénztár, hanem a pénztártag nevét kell feltüntetni a számlán.

„11. § (1) A Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete - általános ellenőrzési jogköre keretében - ellenőrzi, hogy a pénztárak szolgáltatásait az e rendeletben foglalt rendelkezések szerint szervezik és finanszírozzák tagjaik részére.

(2) A pénztárak által nyújtott szolgáltatások szakmai ellenőrzésére az egészségpénztári szolgáltatóknál a szakmai tevékenységi engedélyt kiadó hatóság jogosult, saját tevékenységére vonatkozó szakmai ellenőrzési előírások szerint.

(3) Azon szolgáltatások, termékek szakmai ellenőrzését, amelyek minőségi tanúsítvánnyal válnak alkalmassá a pénztári szolgáltatásra, ezen tanúsítványok kiadására jogosult intézmények végzik, saját tevékenységükre vonatkozó szakmai ellenőrzési előírásaik szerint.”

A szabályozás a korábbi törvényi szintű rendelkezésekhez képest újdonságot nem tartalmaz, csak világosan és egyértelműen meghatározza, hogy az adott tevékenység felügyelete mely hatósági szerv hatáskörében tartozik.

„12. § (1) Ez a rendelet 2004. január 1. napján lép hatályba.

(2) Az egészség- és önszegélyező pénztáraknak 2004. május 31-ig kell alapszabályukat és szolgáltatásaikat e rendelet előírásainak megfelelően módosítani.

(3) Az egészségpénztári szolgáltatási szerződéseket 2004. május 31-ig kell e rendelet előírásainak megfelelően módosítani.”

A jogalkotó kellő felkészülést biztosított a pénztárak számára azzal, hogy mind a szolgáltatási szerződéseiket, mind az alapszabályukat, mind szolgáltatási struktúrájukat a rendelet előírásainak megfelelően módosíthassák.