

# TÜDŐGYÓGYINTÉZET TÖRÖKBÁLINT



## TÉRÍTÉSI DÍJ ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK SZABÁLYZATA

Érvényes: 2012. július 1.  
Jóváhagyta: GYEMSZI

**TÉRÍTÉSI DÍJ  
ELLENÉBEN IGÉNYBE VEHETŐ  
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK  
SZABÁLYZATA**

**Érvényes: 2012. július 1.**

**Jóváhagyta: GYEMSZI**

# ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

A 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet 1. § (6) bekezdés, valamint a 43/2003. (VII. 29.) ESZCSM rendelet 9. § (2) bekezdés d) pontjában foglalt felhatalmazás alapján, a **Tüdőgyógyintézet Törökbálint** (továbbiakban: Kórház) főigazgatójaként, a Kórház betegbeutalási rendjének és térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások körének meghatározására a következő szabályzatot adom ki:

## 1. Szabályzat célja

Jelen Szabályzat a Kórházban egészségügyi ellátást igénybe vevő személyek (részleges vagy teljes) térítési kötelezettségére vonatkozó rendelkezéseket foglalja magában. Az az egészségügyi szolgáltatás, amelynek fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül nincs finanszírozva, külön jogszabály által meghatározott vagy a Kórház által megállapított térítési díj ellenében vehető igénybe.

## 2. Alkalmazási terület és személyi hatály

Alkalmazási területe a Kórház Szervezeti és Működési Szabályzatában szereplő valamennyi fekvőbeteg ellátást végző osztály, járóbeteg ellátást végző szakrendelés, gondozó, illetve központi diagnosztikai és terápiás részleg.

Személyi hatálya kiterjed valamennyi a Kórházzal jogviszonyban álló munkavállalóra, akik a szabályzatban írottak szerint kötelesek eljárni a térítésköteles szolgáltatások végzése, illetve annak bizonylatolása, adminisztrálása során. Továbbá kiterjed a Kórházban egészségügyi ellátást igénybe vevő személyekre (betegekre), akik a szabályzatban írottak szerinti díjat kötelesek megfizetni, térítésköteles szolgáltatás igénybevétele esetén.

## 3. Hivatkozások

- **1997. évi LXXX. törvény** (továbbiakban: Tbj.) a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről
- **1997. évi LXXXIII. törvény** (továbbiakban: Ebtv.) a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, és ennek végrehajtásáról rendelkező **217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet** (továbbiakban: Vhr.)
- **1997. évi CLIV. törvény** az egészségügyről (továbbiakban: Eütv.)
- **284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet** térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjairól
- **87/2004. (X.4.) ESZCSM rendelet** a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól
- **9/1993. (IV.2.) NM rendelet** az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
- **43/1999. (III.3.) Korm. rendelet** az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

# I. FEJEZET

## EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELE

### ALAPELVEK

Az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások - a törvény keretei között - az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe. (Ebtv. 2.§ (1) bek.)

Az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket. (Ebtv. 3.§ (1) bek.)

### EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK

Egészségügyi szolgáltató: a külön jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes, vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet.

Az egészségügyi szolgáltatások az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral, illetőleg igazgatási szervével /a továbbiakban együtt OEP/ az adott szolgáltatásra finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltatónál - ideértve a magánygyakorlatot folytató orvost is - vehetők igénybe. A finanszírozott egészségügyi szolgáltató feladata az Ebtv. 18.§ (6) bekezdésében foglalt ellátások közül azok végzése is, amelyek a központi költségvetés terhére az Egészségbiztosítási Alapon keresztül kerülnek finanszírozásra. (Ebtv. 9.§)

### BIZTOSÍTOTTAK KÖRE (magyar biztosítással rendelkező biztosítottak)

Az Ebtv. meghatározza a biztosítottak fogalmát és körét, továbbá az egészségügyi szolgáltatásra egyéb ok miatt jogosult személyeket. (1. sz. melléklet)

### TAJ SZÁM ÉRVÉNYESSÉGE

A beteg a kötelező egészségügyi ellátások keretében térítésmentes ellátás igénybevételére érvényes TAJ számot igazoló hatályos hatósági igazolvány (továbbiakban: TAJ kártya) bemutatása alapján jogosult.

Az OEP on-line rendszerében történő jogviszony ellenőrzésre kizárólag a 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet (Vhr.) által előírt célból, módon és időben kerülhet sor.

Amennyiben a TAJ kártyát a beteg a helyszínen bemutatni nem tudja, a vonatkozó szabályok szerint térítésmentesen kell ellátni, azonban a szolgáltatás igénybevételét követően 15 nap áll rendelkezésére annak pótlására. A betegnek (vagy törvényes képviselőjének) a bemutatási kötelezettségét a „Nyilatkozat a TAJ kártya utólagos bemutatására (felnőtt)” (7/a számú nyomtatvány) vagy „Nyilatkozat a TAJ kártya utólagos bemutatására (gyerek)” (7/b számú nyomtatvány) aláírásával el kell ismernie. A 15 napot járóbeteg ellátásban az igénybevétel napjától, fekvőbeteg ellátásban a távozás napjától kell számolni.

Amennyiben a TAJ kártya bemutatása a vállalt határidőn belül nem történik meg, akkor a Kórház megbízott munkatársa intézkedik a TAJ kártya számának az OEP-től történő rendelkezésre bocsátásáról.

Ha a TAJ szám megszerzésére irányuló eljárás sikertelen, akkor a teljesített szolgáltatások az igénybe vevő beteg (vagy törvényes képviselője) számára kiszámlázásra kerülnek.

## BETEGBEUTALÁS SZAKMAI RENDJE

### **Beutalóval igénybe vehető ellátások, és a beutalásra jogosult orvosok**

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet 3.§-a és a 3/A.§ (1)-(9) bekezdés rendelkezik.

### **Orvosi beutaló nélkül igénybe vehető ellátások** (217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet 2.§ (1) bekezdés)

A biztosított orvosi beutaló nélkül is jogosult igénybe venni:

- a) szakorvosi rendelő által nyújtott
  - aa) bőrgyógyászati,
  - ab) nőgyógyászati és gyermek-nőgyógyászati,
  - ac) urológiai,
  - ad) pszichiátriai és addiktológiai,
  - ae) fül-, orr-, gégeészeti, valamint csecsemő- és gyermek fül-orr-gégeészeti,
  - af) szemészeti és gyermekszemészeti,
  - ag) általános sebészeti és baleseti sebészeti,
  - ah) onkológiai szakellátást,
- b) az első alkalommal beutalás alapján igénybe vett bőr- és nemibeteg-gondozó, tüdőgondozó és onkológiai gondozó, valamint kúraszerű ellátás keretében a gondozásba vett biztosítottak részére nyújtott ellátást.
- c) Az (1) bekezdés a) pont szerinti szakellátásokon kívüli szakrendelésekre – *melyek kizárólag beutalóval vehetők igénybe* – a biztosítottat a (2) bekezdés a) ponttól az l) pontig felsorolt orvos utalhatja be.
- d) A társadalombiztosítási ellátásra a külön jogszabályban meghatározott szociális juttatásra vagy kedvezményre való jogosultság megállapítás céljából a biztosított orvosi beutaló nélkül is jogosult felkeresni a vonatkozó jogszabályok szerint a szakvélemény (igazolás) elkészítésére jogosult egészségügyi szolgálatot. (Vhr. 2.§ (5) bekezdés)
- e) A szakellátásra beutalt biztosított ismételt orvosi beutalás nélkül jogosult igénybe venni a járóbeteg-szakellátást, ha annak keretében ismételt ellátása indokolt. Az ismételt ellátás indokoltságát a járóbeteg-szakellátás orvosa rögzíti a biztosított egészségügyi dokumentációjában, és erről írásban tájékoztatja a biztosítottat, azzal, hogy ez nem érinti az ellátás beutaló nélkül történő igénybevételének jogosultságát. (Vhr. 2.§ (6) bekezdés)

**Kizárólag orvosi beutalóval igénybe vehető egészségügyi ellátás  
beutaló nélküli igénybevétele**

(217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet 2.§ (8) bekezdés, 4.§ (3) bekezdés)

2.§ (8) Amennyiben a biztosított az Vhr. 2.§ (1) bekezdésben meg nem nevezett járóbeteg-szakellátást beutaló nélkül vesz igénybe és a 4. § (1) bekezdésének *b)* pontjában meghatározott eset nem áll fenn, **az adott szakellátás keretében további szakellátás a biztosított részére nem kezdeményezhető.**

4. § (1) A biztosított a 2–3. § rendelkezéseitől eltérően

- a) az OEP-pel egészségügyi szolgáltatás nyújtására finanszírozási szerződést nem kötött egészségügyi szolgáltató orvosa beutalása alapján is jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra, ha **az orvos megállapítása szerint közvetlen életveszély áll fenn**, és az életveszély csak fekvőbeteg-gyógyintézetben alkalmazható gyógymóddal hárítható el,
- b) orvosi beutaló nélkül is jogosult a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás kezdeményezésére, ha azt vélelmezi, hogy egészségi állapota az azonnali ellátását indokolja és a beutalásra jogosult orvos felkeresése az ellátását jelentősen késlelteti.

(2) Az (1) bekezdés a) pontjában foglalt esetben az orvos a beteget azonnal fekvőbeteg-gyógyintézetbe szállíttatja és a magánorvosi rendelőnyen feltünteti a kórismét, valamint az azonnali felvétel szükségességének indokait.

(3) Az (1) bekezdés b) pontjában foglalt esetben az az egészségügyi szolgáltató, amelynél a biztosított az ellátását kezdeményezi, a biztosított vizsgálatát követően dönt az azonnali ellátás szükségességéről. Amennyiben a vizsgálat megállapítása szerint **a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását**, az egészségügyi szolgáltató orvosa

- a) a biztosítottat a **beutalására jogosult orvoshoz irányítja**,
- b) ha a biztosított továbbra is kezdeményezi az azonnali ellátását, **tájékoztatja a biztosítottat az orvosi beutaló nélkül indokolatlanul igénybe vett egészségügyi ellátásért fizetendő térítési díjról.**

**Az orvosi beutaló nélkül igénybe vett egészségügyi ellátásért fizetendő térítési díj:**

- Járóbeteg szakellátás igénybevétele esetén: a járóbeteg szakrendeléseken végzett vizsgálatok térítési díját a 2. számú melléklet (2/a-2/l) tartalmazza.
- Fekvőbeteg szakellátás igénybevétele esetén: az Ebtv. 23.§ (d) – (e) pontja, valamint a szabályzat II. fejezetének B) pontja az irányadó.

## II. FEJEZET

### A MAGYAR ÁLLAMPOLGÁROKRA VONATKOZÓ RENDELKEZÉSEK

#### A) A kötelező egészségbiztosítás terhére, térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi ellátások

**Biztosított**, aki érvényes TAJ kártyával rendelkezik, jogosult az alábbi egészségügyi szolgáltatásokra:

#### **I. A betegség megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokra jogosult (Ebtv. 10.§)**

- a./ az újszülött egészséges fejlettséget ellenőrző, az esetleges károsodások korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatokra.
  
- b./ a 0-6 éves korosztály
  - ba./ életkoruknak megfelelően az anyagcserére, az érzékszervek működésére, az értelmi képességre vonatkozó valamint teljes körű fizikális szűrővizsgálatra,
  - bb./ a fogászati rendellenességek felismerését célzó vizsgálatra, valamint a teljes fogászati státus rögzítésére,
  - bc./ az életkornak megfelelő fejlődésre és az érzelmi állapotra vonatkozó vizsgálatokra,
  - bd./ a környezeti tényezők rizikófaktorai által indukált megbetegedések megelőzését és korai felismerését célzó szűrővizsgálatokra,
  
- c./ a 6-18 éves korosztály – ideértve a 18 év feletti nappali rendszerű iskolai oktatásban részt vevő személyeket is – a b./ pontban foglaltakon túl,
  - ca./ az iskola- és ifjúság egészségügyi ellátás keretében végzett szűrővizsgálatokra,
  
- d./ a 18 éven felüli korosztály,
  - da./ az életkoruknak és nemnek megfelelő rizikófaktorai által indukált betegségek tekintetében az egészségügyi miniszter rendeletében nevesített szűrővizsgálatokra az ott meghatározott gyakorisággal,

- db./** a bd./ pontban foglalt vizsgálatokra, ide értve a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa által végzett munkaköri alkalmasság megállapítására irányuló vizsgálatokat és az ahhoz szükséges további járóbeteg-szakellátásokat,
- dc./** évente egy alkalommal fogászati szűrővizsgálatra,
- e./** életkortól függetlenül sportegészségügyi vizsgálatokra, kivéve a hivatásos sportoló sportegészségügyi ellátását.

## **II. Gyógykezelés céljából végzett ellátások:**

### **II./a./ Háziorvosi és házi gyermekorvosi alapellátás (Ebtv. 11.§)**

### **II./b./ Fogászati ellátás keretén belül (Ebtv. 12.§)**

**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 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 ínylváltozások 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.

### **II./c./ Járóbeteg-szakellátás (Ebtv. 13.§)**

**13.§** A biztosított betegsége esetén jogosult járóbeteg-szakellátás keretében történő vizsgálatra, gyógykezelésre, ideértve az ellátás során felhasznált – az ellátás finanszírozása során figyelembe vett – gyógyszer (kivéve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert), illetve kötszert is, továbbá a gyógykezeléséhez szükséges



