

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 rendelvényen 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 ínnyelváltozások kezelésére,
- c) 60 éves életkor felett a b) pontban foglaltakon túl teljes körű alapellátásra és szakellátásra, ide nem értve a technikai költségeket,
- d) az életkortól függetlenül az alapbetegséggel kapcsolatos fog- és szájbetegségek kezelésére, szakorvosi beutaló alapján fogászati góckeresésre
- e) a külön jogszabály szerinti fogmegtartó kezelésre.

(2) A megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy a fogászati ellátás keretében térítésmentesen jogosult sürgősségi ellátásra.

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

