



## Karolina Kórház – Rendelőintézet

9200 Mosonmagyaróvár,

Régi Vámház tér 2-4.

Telefon: 06 96/574 -600 Fax: 06 96/574-793

# A TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGÁLLAPÍTÁSA, NYILVÁNOSSÁGRA HOZATALÁNAK ÉS BEFIZETÉSÉNEK RENDJE

Készítette:

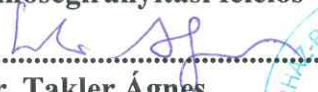
  
.....  
Nagy Beatrix  
informatikai csoportvezető

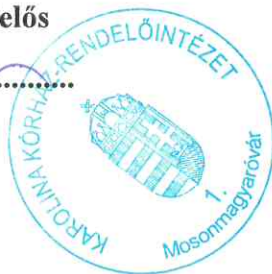
  
.....  
László Zoltán  
gazdasági koordinátor

MIR  
szempontból  
ellenőrizte:

.....  
Szikora Eszter  
minőségirányítási felelős




Jóváhagyta:

  
.....  
Dr. Takler Ágnes  
főigazgató



A dokumentáció kódja/iktató szám:	KI 378-1/2022.
Változat száma:	12
Oldalak száma:	95
Mellékletek száma:	15
Érvénybelépés időpontja:	2014.01.23.

## MÓDOSÍTÁSOK JEGYZÉKE

Módosította Aláírás/dátum	Változat száma	Módosított oldalszám	Jóváhagyta Aláírás/dátum	Ellenőrizte Aláírás/dátum	Kibocsátás időpontja
2022.05.18. 	12	3.1 Barna TAJ-ra vonatkozó szabályok, 2.sz., 3.sz., 4.sz., melléklet díjtételeinek felülvizsgálata, 15.sz. melléklet módosítása, segédletek aktualizálása 5.6 Halottkezeléshez kapcsolódó tevékenységek díjtételei 3.sz. melléklet 6.pont	 2022.05.18	 2022.05.18	2022.05.23

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>1. Bevezető rendelkezések</b>	<b>6</b>
<b>2. Az egészségügyi ellátás nyújtásának általános szabályai</b>	<b>8</b>
<b>3. A biztosítási alapon történő ellátásra való jogosultság igazolása</b>	<b>9</b>
<b>4. A térítésmentesen valamint részleges és kiegészítő térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások</b>	<b>12</b>
<b>5. A kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátások</b>	<b>13</b>
<b>6. A teljes térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások</b>	<b>16</b>
<b>7. A térítési díjak meghatározása, nyilvánosságra hozatala és befizetésének rendje</b>	<b>18</b>

**Mellékletek:**

1.sz. melléklet	Adatlap (a biztosítással nem rendelkező betegek diagnosztikai vizsgálatban részesülők számára)
2.sz. melléklet	Kiegészítő szolgáltatások térítési díjai
3.sz. melléklet	A kötelező egészségbiztosítási ellátás keretében igénybe NEM vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjai
4.sz. melléklet	Biztosítással nem rendelkező betegek által fizetendő díjak
5.sz. melléklet	Adatlap (a biztosítással nem rendelkező fekvőbeteg ellátásban részesülők számára)
6.sz. melléklet	Adatlap (a biztosítással nem rendelkező járóbeteg ellátásban részesülők számára)
7./A. sz. melléklet	Kötelezvény (betegbiztosítási igazolvány 15 napon belül történő bemutatására)
7./B sz. melléklet	Kötelezvény (betegbiztosítási igazolvány 15 napon belül történő bemutatására, hozzátartozó esetén)
8.sz. melléklet	Kötelezvény külföldi betegek részére
9.sz. melléklet	Kötelezvény magyar állampolgárok részére (Térítési díj ellenében igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról)
10.sz. melléklet	Orvosi igazolás szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására végzett vizsgálatok eredményéről
11.sz. melléklet	Igazolás hatósági megkeresésre történő véralkohol vizsgálatról, fogvatartottak befogadás előtti orvosi vizsgálatáról illetve látlelet készítéséről (tsz. 5.5 ponthoz)
12.sz. melléklet	Kiemelt pénzkezelési helyek
13.sz. melléklet	Nyilatkozat (havi törlesztő részlet nagyságáról)
14.sz. melléklet	Nyilatkozat
15.sz. melléklet	Egészségügyi Dokumentáció Kikérő Lap/Meghatalmazás

**Segédletek:**

- 1.sz. Tájékoztató a magyar egészségbiztosítás szolgáltatásainak nyújtására szerződött szolgáltatók számára az Európai Gazdasági Térség tagállamaiból, Svájc-ból valamint a Magyar Köztársasággal egészségügyi ellátásra vonatkozó egyezményt kötött államokból érkező személyek egészségügyi ellátásáról
- 2.sz. Alapcsomag
- 3.sz. A térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások Ebtv. 10.-17.§-a
- 4.sz. A részleges és kiegészítő térítés mellett igénybe vehető szolgáltatások Ebtv. 23.§.-24.§-a
- 5.sz. Az E. Alap terhére igénybe nem vehető szolgáltatások Ebtv. 18.§ (6) bekezdése és a 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet 5/B. §-a
- 6.sz. A sürgős szükség körébe tartozó ellátások 52/2006. (XII. 28.) EüM. rendelet
- 7.sz. 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
8. sz. Az önkéntesen kezdeményezett, a szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására irányuló orvosi vizsgálat és az igazolás kiadásának szabályai 18/1998. (VI.3.) NM. rendelet 22. §-a.
- 9.sz. A beutalás nélkül igénybe vehető ellátások és a beutalásra jogosult orvosok
- 10.sz. Térítési díjak nyilvánosságra hozatala Ebtv. 25. §-a
- 11.sz. A Pénzkezelési szabályzatnak a térítési díjak beszedésének és elszámolásának rendjére vonatkozó kivonata
- 12.sz. 2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről

**Rövidítések:**

1997.évi LXXXIII. Tv. a kötelező egészségbiztosításról:	<b>Ebtv.</b>
1997.évi CLIV. Tv. Az egészségügyről:	<b>Eütv.</b>
Jelen szabályzat:	<b>tsz.</b>

## 1. Bevezető 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 Karolina Kórház Rendelőintézet (a továbbiakban: Kórház) főigazgatójaként az Egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról a következő szabályzatot (a továbbiakban: Szabályzat) adom ki:

### *1.1 A szabályzat célja*

Az egészségbiztosító által részleges vagy teljes térítési díj fizetése mellett igénybe vehető ellátások, valamint az egészségbiztosító által nem térített ellátás, illetve egyéb egészségügyi szolgáltatások térítésének szabályozása. A térítési díjak befizetési rendjének-, valamint azok mérséklésének-, illetve elengedésének szabályozása.

### *1.2 A szabályzat hatálya*

Jelen szabályzat területi hatálya kiterjed: a Karolina Kórház Rendelőintézet valamennyi betegellátást végző fekvőbeteg ellátó osztályára, járóbeteg ellátó szakrendelésére, gondozójára, valamint diagnosztikai munkahelyére.

A szabályzat személyi hatálya kiterjed:

- a Kórházban egészségügyi ellátást igénybe vevő betegekre,
- valamennyi egészségügyi szolgálati jogviszonyban-, illetve az intézménnyel egyéb jogviszony alapján szerződésben levő személyre, aki a Térítési Díj Szabályzatban meghatározott, térítési díj ellenében végzendő ellátást, beavatkozást végezhet, a Szabályzatban írottak szerint köteles eljárni térítésköteles szolgáltatás végzése, illetve annak bizonylatolása, adminisztrálása során.

### ***1.3 Irányadó jogszabályok***

- 1997. évi LXXXIII törvény A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (Ebtv.)
- 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről (Eütv.)
- 217/1997 (XII. 1.) Korm. rendelet az 1997. évi LXXXIII. Törvény végrehajtásáról
- 284/1997.(XII.23.) Korm. rendelt térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- 18/1998. (VI.3.) NM. rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről
- 351/2013. (X.4.) Korm. rendelet a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról
- 46/1997.(XII.17.)NM rendelet A kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető szolgáltatásokról
- 1992. évi LXXIX. tv. a magzat életvédelméről
- 32/1992. (XII.23.) NM rendelet a magzat életvédelméről szóló 1992. évi LXXIX. tv. végrehajtásáról
- 87/2004. (X.4.) ESZCSM rend. Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól
- Az 1408/71 EGK sz. rendelet, valamint végrehajtásáról szóló 574/72 EGK sz. rendelet.
- 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 32/2007. (VI. 27.) EüM a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező személyek és a harmadik országbeli állampolgárok magyarországi tartózkodásával összefüggő közegészséget veszélyeztető betegségekről
- 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
- 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet
- 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet
- 89/1995. (VII.14.) Korm. rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról
- 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó ellátásokról
- 301/2016. (IX. 30.) Korm. rendelet a közérdekű adat iránti igény teljesítéséért megállapítható költségtérítés mértékéről
- *2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről*

## 2. Az egészségügyi ellátás nyújtásának általános szabályai

- 2.1 Térítésmentes a magyar állampolgárok ellátása, amennyiben az Ebtv. 5/B., 6-7 §-a értelmében biztosított, vagy egészségügyi szolgáltatás térítésmentes igénybevételére egyéb jogcímen jogosult.
- 2.2 Térítésmentesen igénybe veheti az egészségügyi szolgáltatást a külföldi állampolgár
- a., az európai uniós szabályok (1408/71 EGK rendelet) értelmében az **Európai Gazdasági Térség** tagállamaiban (valamennyi Európai Unió tagállam, továbbá Norvégia, Izland, Liechtenstein, Svájc, Egyesült Királyság) lakó és ott egészségbiztosítással rendelkező személyek magyarországi tartózkodásuk esetén, a megfelelő európai formanyomtatvány bemutatásával a **1. sz. Segédletben részletezettek szerint**,
- b., államközi szerződés, vagy területi elven nyugvó szociálpolitikai, egészségügyi egyezmény hatálya alá tartó állampolgárok esetében a sürgős ellátást, amennyiben útlevelel igazolja állampolgárságát (részletes szabályok és országkódok az **1. sz. Segédletben**).
- c., menekült, menedékes, oltalmazott státuszt kérelmező személyek a kérelem benyújtását követően, illetve menekültként, menedékesként oltalmazottként elismert személyek egy évig a NEAK által közleményben kiadottak szerint (13.segédlet)
- 2.3 Az egészségügyről szóló 1997.évi CLIV. (Eütv.) törvény módosításával kialakításra került az az ALAPCSOMAG (**2.sz. Segédlet**), amelyben felsorolt ellátásokra minden a MAGYARORSZÁG TERÜLETÉN tartózkodó személy jogosult, a jogalap előzetes igazolása nélkül.

Az az egészségügyi szolgáltatás, amelynek fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs finanszírozva, az egészségügyi szolgáltató által - vagy ezt szabályozó rendelet alapján-, megállapított részleges, kiegészítő vagy teljes térítési díj ellenében vehető igénybe.

Ennek értelmében a biztosítottak egyrészt térítés nélküli egészségügyi szolgáltatásokra jogosultak, másrészt egyes egészségügyi szolgáltatásokat részleges, kiegészítő térítési díj mellett, más ellátásokat viszont csak teljes térítés mellett vehetnek igénybe.

### 3. A biztosítási alapon történő ellátásra való jogosultság igazolása

3.1. Az egészségügyi ellátásra való jogosultságot a Társadalombiztosítási Azonosító Jel-et (TAJ) tartalmazó okmány bemutatásával lehet igazolni. Minden ilyen okmány csak a személyazonosításra alkalmas, fényképes igazolvánnyal együtt érvényes.

A 2019. évi CXXII. törvény, egy egységes, törvényi szintű szabályozási keretet biztosít az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások jogosultsági kérdéseiben.

A természetbeni egészségügyi ellátások csak abban az esetben vehetőek igénybe a betegek által térítésmentesen, ha biztosítási jogviszonyuk rendezett.

Abban az esetben, amennyiben az ellátást igénybe venni szándékozó egyéni járulékfizetésre kötelezett személy nem tesz eleget járulékfizetési kötelezettségének, és így több mint hat havi tartozása keletkezik, a NEAK a Nemzeti Adó és Vámhivatal (NAV) adatszolgáltatása alapján érvényteleníti a TAJ számot, azaz az ellátandó személy online jogviszony ellenőrzése során „N” barna jelzés érkezik válaszként. Ők, mint minden egyébként barna lámpaszínnel rendelkező személy, az egészségügyi szolgáltatásokat csak térítés ellenében vehetik igénybe. Ugyanakkor az „N” kódú személyek esetében – a többi TAJ kijelzéstől eltérően – más elszámolási szabályok irányadóak.

#### **Érvénytelen TAJ számot jelentő lámpaszínek és kódjaik:**

**KÉK lámpaszín, „K” kód:** külföldi biztosító által biztosított személyek, akik TAJ száma a külföldi biztosítás időtartamára érvénytelen. Ők a külföldi biztosító által kiállított jogosultságigazolással pl. EU Kártya, S2 nyomtatvány felmutatásával térítés nélkül vehetik igénybe az ellátást, melyet a NEAK felé „0E” térítési kategóriában kell jelenteni. Jogosultságigazolás nélkül az intézmény saját térítési díjszabályzatában meghatározott összeget kötelesek fizetni az ellátásért, melyet a NEAK felé „04” térítési kategóriában kell jelenteni.

**Barna lámpaszín, „B” kód:** egyéb okból érvénytelen jogviszonyt jelent, mely esetben az intézmény saját térítési díjszabályzatában meghatározott összeget kötelesek fizetni az ellátásért, melyet a NEAK felé „04” térítési kategóriában kell jelenteni. Ilyen személyek lehetnek pl. a más országban letelepedett magyar állampolgárok, akik a magyar lakóhelyüket megszüntették, vagy akik még nem szereztek jogosultságot a biztosítási jogviszony létesítésére, vagy azon külföldi munkavállalók, akiknek a magyarországi munkavégzése és ezzel a jogviszonya megszűnt.

**Barna lámpaszín, „N” kód:** 2020. július 1. napjától a NAV az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett személyek által teljesített járulék befizetést külön tartja számon, és ha az elmaradás a hat havi összeget meghaladja, úgy – jogszabályi rendelkezés alapján – jelzést küld erről a tényről a NEAK-nak. **Az érvénytelenítés kódja „N”, azaz érvénytelen NAV járuléktartozás miatt.**

Esetükben a **sürgősségi ellátás igénybevétele során** az ellátás térítési díját NEM az intézmény saját térítési szabályzata alapján kell meghatározni, hanem az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendeletben meghatározott díjtételek alapján kell meghatározni azt a díjat, amelyet egyébként a NEAK **alapidíjon fizetett volna** az ellátásért. Ez az összeg a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás



biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól szóló 28/2020. (VIII.19.) EMMI rendelet 2. § (2) bekezdése értelmében ellátási esetenként nem haladhatja meg 750.000.- Ft, azaz hétszázötvenezer forintot. Az ellátásokat a NEAK felé szintén „04” térítési kategóriában kell jelenteni.

A NAV járuléktartozás miatt barna lámpaszint (N) kapó személyek által igénybevett **tervezett**, azaz nem sürgősségi ellátások díja megegyezik az egyéb okból barna lámpa szint kapó személyekével, azaz azt az intézményi térítési díjszabályzat szerint díj mértékével egyezően kell a betegnek megtéríteni, és a szolgáltatónak a NEAK felé „04” térítési kategóriában jelenteni.

Amennyiben magyar, biztosított a szolgáltatás igénybevevője és TAJ számot igazoló okmányt a szolgáltatás igénybevételekor nem tudja bemutatni, ezt követően 15 nap áll rendelkezésére a pótlásra. Járóbeteg-ellátás esetén a 15 napot az igénybevétel napjától, kórházi ellátás esetén a távozás napjától kell számítani.

Ugyanezen szabályt kell alkalmazni a jogosultságát megfelelő okmánnyal igazolni nem tudó EU polgárok esetében is.

Erre az ellátott figyelmét fel kell hívni.

Magyar biztosított esetén a **7/A**, magyar biztosított hozzátartozója esetén a **7/B. sz. melléklet**, külföldi állampolgár esetén a **8. sz. melléklet**, biztosítással nem rendelkező magyar állampolgár esetén **9.sz. melléklet** szerinti kötelezvényt kell kitölteni.

A biztosítással nem rendelkező, és nem sürgősségi betegellátásban részesülő ellátottnak a fekvőbeteg osztályokon és a szakrendelőkben az ellátásért fizetni kell. Amennyiben az ellátásért fizetendő térítési díj nem áll az ellátott rendelkezésére, abban az esetben fekvőbetegnek az **5.sz. melléklet**, járóbetegnek a **6.sz. melléklet** szerinti adatlapot kell kitölteni, és a kötelezvényvel együtt pénzügyi osztályra eljuttatni. Az ellátás leszámolásáról, és beszédéséről a pénzügyi osztály gondoskodik.

3.2. Az **Európai Gazdasági Térség** tagállamaiban (valamennyi Európai Unió tagállam, továbbá Norvégia, Izland, Liechtenstein, Svájc, Egyesült Királyság) lakó és ott egészségbiztosítással rendelkező személyek magyarországi tartózkodásuk esetén, a megfelelő európai biztosítási kártya bemutatásával, a magyar biztosítottakkal azonos feltételek mellett vehetik igénybe azt az egészségbiztosítási ellátást, melyre jogosultak.

3.3. **Montenegró, Bosznia Hercegovina** állampolgárai a Magyarországgal kötött **szociális biztonsági egyezmény alapján** az abban nevesített igazolás bemutatásával sürgősségi ellátást vehetnek igénybe. Lásd: **1. számú Segédlet**.

3.4. A **nemzetközi egyezmény alapján** sürgős szükségből egészségügyi szolgáltatásra jogosult külföldi állampolgár az úti okmányával igazolja az egészségügyi ellátásra való jogosultságát. (**1.sz. Segédlet**)

3.5. A **menekült ellátásra** -, valamint a menedékes és a befogadott magyarországi tartózkodásra és ellátásra jogosító igazolványok érvényessége a Bevándorlási és Menekültügyi Hivatal, [www.humtart.hu](http://www.humtart.hu) oldalán ellenőrizhető.

Az ilyen ellátást kérő a következő okmányokkal igazolhatja a jogosultságát: =>

a **kérelmező** tartózkodásra jogosító okmánnyal,

=> a **menekült** személyazonosító igazolvánnyal, illetve annak kiállításáig a

menekültként való elismerésről szóló jogerős határozattal, = a **menedékes** a menekültügyi hatóság által kiállított okmánnyal, Térítési kategória:

- menekült esetén = „2”
- menedékes esetén = „5”
- befogadott külföldi állampolgár = „A”
- menekült, menedékes státuszt kérelmező = „D”

Okmányaik fénymásolatát és az ambuláns lapot vagy a zárójelentést az informatikai csoportnak le kell adni.

3.6. A társadalombiztosítási törvény alapján biztosítási jogviszonyban álló egészségügyi szolgáltatásra jogosult **külföldi** (nem EU-s tagállam állampolgára) jogosultságát az „Igazolás az egészségügyi szolgáltatásra jogosultságról” elnevezésű nyomtatvánnyal igazolja.

Amennyiben az egészségügyi ellátásban részesülő személy nem tudja a fent leírtak szerint biztosítási vagy úti okmányait bemutatni az ellátásért fizetnie kell, amennyiben az ellátásért fizetendő térítési díj nem áll rendelkezésére fekvőbetegnek az **5.sz. melléklet, járóbetegnek a 6.sz. melléklet** szerinti adatlapot és a **8.sz. melléklet szerinti kötelezvényt** kell kitölteni. (Ha rendelkezésre áll útlevel, vagy egyéb biztosítási kártya, azt le kell fénymásolni.)

***Jelen szabályzat vonatkozásában magyar állampolgár:***

a magyar állampolgársággal, továbbá az illetékes hatóság által kiadott, a Magyarország területére érvényes letelepedési engedéllyel rendelkező nem magyar állampolgárságú, valamint a menekültnek nem minősülő személy.

Magyarország területén tartózkodó nem magyar állampolgár egészségügyi ellátása megkötött nemzetközi egyezmény, vagy viszonyosság alapján történik.

Általános szabály, hogy nem az útlevelben vagy személyi igazolványban szereplő állampolgárság **a mérvadó az egészségügyi ellátás során**, hanem **a biztosítás országa szerinti állampolgárság**. Ha például magyar vagy román állampolgár EU biztosítási kártyával rendelkezik, mert Ausztriában dolgozik, őt osztrák állampolgárként kell felvenni.

Az Európai Gazdasági Térség tagállamának ellátásra jogosult állampolgára az, aki állampolgárságát és személyazonosságát igazolja, továbbá az ellátás igénybevételére jogosító Biztosítási kártyával vagy kártya helyettesítő nyomtatvánnyal rendelkezik.

#### **4. A térítésmentesen valamint részleges és kiegészítő térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások**

4.1 A térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat az Ebtv. 10.-17.§.-a tartalmazza. **(3.sz. Segédlet)**

4.2 A **KIEGÉSZÍTŐ** térítés mellett igénybe vehető szolgáltatásokat az Ebtv. 23/A.§.-24.§.-a tartalmazza. **(4.sz. Segédlet)**

4.2.1 Az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésére igénybe vett **egyéb kényelmi szolgáltatások** díját az Ebtv.23/A.§ b) pontja alapján -, az **2.sz. melléklet** tartalmazza.

Egyéni igény szerinti étkezést előzetesen egyeztetni kell az élelmezésvezetővel. Az egyéni igény nyersanyagköltségéből le kell vonni az adott osztály mindenkor érvényes nyersanyagnormáját. Az ezt meghaladó összeget az igénybevevőnek kell megtérítenie.

4.2.2 Amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál **ápolás céljából történő elhelyezésre** és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is a térítési díjat az Ebtv.23/A.§ c) pontja alapján -, a **2.sz. melléklet** tartalmazza

## 5 A kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátások

Az E. Alap terhére igénybe nem vehető szolgáltatásokat az Ebtv. 18.§ (6) bekezdése, valamint a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 5/B. §-a tartalmazza **(5. sz. Segédlet)**

A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjait a **3. sz. melléklet tartalmazza:**

5.1 A kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető egyes ellátások díjai a 284/1997.(XII.23.) Korm. rendelet **2.sz. melléklete** alapján **(7. sz. Segédlet) (3.sz. melléklet 1. pont)**

5.2 A 46/1997.(XII.17.)NM rendelet A kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető alábbi ellátásokról rendelkezik.

5.2.1 A nem orvosi indikáció alapján végzett terhesség megszakítás térítési díjáról a 32/1992 (XII.23.) NM rendelet intézkedik, amely a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. tv. végrehajtását szabályozza. Az általános szabály szerint a terhesség megszakításért fizetendő díj megegyezik a társadalombiztosítás szerinti finanszírozás mindenkori összegével. Az ettől eltérő méltányossági esetekről a hatályos rendelkezések intézkednek.

A terhesség megszakítás díjait a kérelmező az Egészségbiztosítási Alap számlájára fizeti be. A beavatkozás elvégzésének feltétele a térítési díj befizetésének igazolása. A terhesség megszakítást végző intézmény az Egészségbiztosítási Alappal számol el.

5.2.2 Sterilizáció nem orvosi indikációra (OENO kód: 59810)  
**(3.sz. melléklet 2.a.) pont)**

5.2.3 Prostate Specifikus Antigén (PSA) meghatározás, általános szűrővizsgálathoz (OENO kód: 2662C)  
**(3.sz. melléklet 2.b.) pont )**

5.2.4 Manuálterápiás kezelés (OENO kód: 94711)  
**(3. sz. melléklet 2.c.) pont )**

5.3 A 18/1998. (VI.3.) NM. rendelet 22. §-a alapján az önkéntesen kezdeményezett, a szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására irányuló orvosi vizsgálatért és az igazolás kiadásáért a vizsgálatra jelentkező térítési díjat fizet. Az igazolás kiállítására a bőr- és nemibeteg gondozó, valamint szakrendelés jogosult. **8. sz. Segédlet.**

Amennyiben az elvégzett orvosi vizsgálatok során a (6) bekezdésben felsorolt fertőzések egyike sem mutatható ki, a szolgáltató szakorvosa kiadja az **10. számú melléklet** szerinti orvosi igazolást. A vizsgálatok eredményét tartalmazó orvosi igazolás a kiállítástól számított 3 hónapig érvényes.

Pozitív vizsgálati eredmény esetén a szolgáltató tájékoztatja a fertőzött személyt arról, hogy részére az **10. számú melléklet** szerinti orvosi igazolás nem adható ki, egyúttal kezdeményezi a fertőzött személy gondozásba vételét.

**(3.sz. melléklet 3. pont)**

5.4 A 32/2007. (VI. 27.) EüM. rendelet értelmében a bevándorlási, illetve huzamos tartózkodási kérelemhez előírt orvosi vizsgálatokért térítési díjat kell fizetni.

**(3.sz. melléklet 4.pont)**

5.5 A Rendőrkapitányságra szállított fogvatartottak befogadás előtti orvosi vizsgálatáért külön megállapodás alapján a Rendőrkapitányság térítési díjat fizet.

A szakrendelés a **11.sz. melléklet** szerinti adatlapot tölti ki 2 példányban.

**(3.sz. melléklet 5.pont)**

5.6 Az Eütv. 142. §-a értelmében a halottvizsgálattal, illetve a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal összefüggő ellátásokat az egészségbiztosítás terhére biztosítani kell. Az Eütv. 222/A. §-a értelmében az intézményben - temetkezési szolgáltatásnak nem minősülő – a *3. sz. melléklet 6. pontjában* meghatározott halottkezelési tevékenység folytatható. Ezen tevékenységek díjtételeit a *3. sz. melléklet 6. pontja* tartalmazza.

A halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló 351/2013. (X. 4.) Korm. rendelet 38. § (1) bekezdése szerint –nem természetes halál esetén- a holttest tárolásának, hűtésének és boncolásának költségei, a temetési engedélyben a temetés legközelebbi időpontjaként megjelölt napjáig az ügyben eljáró hatóságot terhelik. (Külön megállapodás alapján)

A térítési díjakat a Patológiai osztályon kell befizetni munkanap: hétfőtől – péntekig 7:30-9:30 között.

Rendkívüli esetben a halottkiadással egyidőben kell a díjat a patológiai osztályon megfizetni.

5.7 A foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatásokért az Ebtv. 18. § (6) c) pontja alapján, valamint a foglalkozás egészségügyi alapellátás és magánorvos által kezdeményezett szakorvosi ellátásért térítési díjat kell fizetni.

5.7.1 A foglalkozás-egészségügyi alkalmassági vizsgálat keretében az alapszolgáltatás díjtételeit a **3. sz. melléklet 7. pontja** tartalmazza.

5.7.2 A foglalkozás-egészségügyi alapellátás és magánorvos által kezdeményezett diagnosztikai és egyéb vizsgálatok (pl.: ernyőkép, bőrgyógyászat, szemészet stb.) térítési díjának számítási alapja az ellátás során végzett tevékenységek (vizsgálatok, beavatkozások) (WHO) összpontértéke. A fizetendő ellátási díj az összpontszám szorozva a pontszám mindenkori finanszírozási Ft értékével, valamint az amortizációs szorzóval **(3.sz. melléklet 8.pontja)**.

A számla készítésének alapbizonylata az „ADATLAP a biztosítással nem rendelkező járóbeteg ellátásban részesülők számára” című **6.sz. melléklet** szerinti formanyomtatvány.

A Karolina Kórház-Rendelőintézetrel foglalkozás-egészségügyi alapellátásra szerződéssel rendelkező munkáltatók dolgozói részére 50% kedvezmény adható.

A kötelező egészségügyi ellátásról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 18. § (6) bekezdésének b) pontja alapján *munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok, foglalkozás-egészségügyi ellátások az egészségbiztosítás terhére nem vehetők igénybe.* Ilyen esetben a foglalkozás egészségügyi beutalón a 4-es térítési kategóriát, és beutalóként a foglalkozás-egészségügyi szolgálat 9 jegyű ÁNTSZ engedély számát kell szerepeltetni, mely alapján intézményünk a beutaló foglalkozás-egészségügy orvosa részére számlát állít ki az általa kért vizsgálatokról, kivéve, ha az aktuális vizsgálat előtt a munkáltató nyilatkozik, hogy vállalja annak költségeit.

Ez esetben a számlát a munkáltató részére kell kiállítani.

**Nem kell térítési díjat fizetni** az Ebtv. 51. § (1) bekezdése szerint *baleseti ellátás üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés esetén jár.* Ekkor a beutalón **1-es térítési kategóriát** kell szerepeltetni, és jelölni kell **az üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés tényét.**

5.8 Az adatszolgáltatással, dokumentum másolatokkal kapcsolatos térítési díjakat, amennyiben nem térítésmentes a szolgáltatás a **3.sz. melléklet 9. pontja** tartalmazza.

A kórházi ellátással kapcsolatos adatszolgáltatást (amely nem jogszabályi kötelezettségen alapul), valamint egyéni kezdeményezés alapján dokumentum másolat kiadását a diszpécser pultnál a szabályzat **15. számú mellékletét** kitöltve lehet igényelni, melyet maximum 8 munkanapon belül az igénylő rendelkezésére kell bocsátani.

Amennyiben a másolat sürgősségi úton történő kiadását kérelmezik azért az Intézmény sürgősségi díjat számol fel.

A térítési díjat a dokumentumok átvételekor a diszpécsernek kell megfizetni.

**Közérdekű adat igénylése** esetén a 301/2016. (IX.30.) Korm. rendeletben (**12. sz. Segédlet**) foglaltak megfelelően kell az adatokat rendelkezésre bocsájtani és a térítési díjat megállapítani.

5.9 A kísérő személy az Ebtv. 18.§ 6.m) pontja alapján megtéríti a biztosított kísérője részére az egészségügyi szolgáltató által biztosított szállást és étkezést, kivéve, ha a biztosított a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény szerint fogyatékos személynek minősül.

A fizetendő díjat a **3.sz. melléklet 10. pontja** tartalmazza.

## 6 A teljes térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

Az E. Alapból nem fedezett, és az 5. pontban, illetve a **2. sz. mellékletben** fel nem sorolt egészségügyi szolgáltatások után, valamint a biztosítással nem rendelkező ellátottak által fizetendő térítési díjakat a **4.sz. melléklet** tartalmazza.

(Az E. Alapból nem fedezett szolgáltatásokat az Ebtv.18.§ (6) bekezdése tartalmazza) (**5. sz. Segédlet.**)

6.1 Aktív osztályon történő ellátás esetén az ellátási díj alapja az adott eset „Homogén Betegségcsoport” (HBCS) szerinti aktuálisan érvényes besorolása. A fizetendő ellátási díj a HBCS súlyszáma szorozva a súlyszám mindenkori finanszírozási Ft értékével, valamint az amortizációs szorzóval, amely tartalmazza az ellátással kapcsolatos valamennyi kiadást. (**4.sz. melléklet 1. pont**)

A „Homogén Betegségcsoport” listáját a hozzátartozó súlyszámmal és egyéb jellemzőivel az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendelet, a besorolási szabályokat a 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet tartalmazza.

6.2 Krónikus osztályokon a napi ellátási díj a krónikus nap forintértéke szakmai szorzóval, továbbá az amortizációs értékkel megszorozott összege, amelyet az **4. sz. melléklet 2. pontja** tartalmaz. A napi ellátási díj tartalmazza a diagnosztikai eljárások díját is.

A 6.1 és 6.2 ponthoz a számla készítésének alapbizonylata az „ADATLAP a biztosítással nem rendelkező fekvőbeteg ellátásban részesülők számára című **5. sz. melléklet** szerinti formanyomtatvány, melyet a kezelőorvos hitelesít.

Az adatlapon fel kell tüntetni a HBCS kódját, megnevezését, súlyszámát, a súlyszám **4. sz. melléklet** szerinti értékét, a Ft értékkel, valamint az amortizációs értékkel felszorozott fizetendő végösszeget. A felvétel és a távozás napját az ápolási napok számításánál (aktív és krónikus ellátás esetén egyaránt) fél-fél napként, azaz összesen 1 napként kell figyelembe venni. HBCS besorolást a kezelőorvos végzi el a diagnózisok és a beavatkozások alapján. Az adatlap mellé csatolni kell a **8. vagy 9. sz. melléklet** szerinti nyilatkozatot, útlevét, igazolvány, biztosítási kártya fénymásolatát.

6.3 Járóbeteg szakellátás térítési díjának számítási alapja az ellátás során végzett tevékenységek (vizsgálatok, beavatkozások) (WHO) összpontértéke. A tevékenységlistát és a hozzátartozó pontértékeket az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendelet, a járóbeteg szakellátás kódolásának szabályait a 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet tartalmazza.

A számla készítésének alapbizonylata az „ADATLAP a biztosítással nem rendelkező járóbeteg ellátásban részesülők számára” című **6.sz. melléklet** szerinti formanyomtatvány, a kezelőorvos által hitelesítve. Az adatlapon tételesen fel kell sorolni az elvégzett vizsgálatokat és beavatkozásokat kód, név és pontszám megjelölésével. A felsorolt szolgáltatási tételek pontszámait össze kell adni. A fizetendő ellátási díj az összpontszám szorozva a pontszám Ft értékével, valamint az amortizációs szorzóval, melyet az **4. sz. melléklet 3. pontja** tartalmazza. Amennyiben a betegnek diagnosztikai vizsgálatok is készültek, az adatlapon azokat is fel kell tüntetni.

Az adatlap mellé csatolni kell a **8. vagy 9. sz. melléklet** szerinti nyilatkozatot, útlevelet, igazolvány, biztosítási kártya fénymásolatát.

Az adatlapban szereplő vizsgálatok, beavatkozások valódiságáért (az összes vizsgálatért melyet intézményünkben a betegen elvégeztek) az az osztály (kezelőorvos) a felelős, ahonnan az adatlapot kiadják a betegnek, illetve számlázásra átadják.

6.4 Az E. Alap terhére el nem számolható diagnosztikai vizsgálatok térítési díjait a 4. számú melléklet 4. pontja tartalmazza.

A számla készítésének alapbizonylata az „ADATLAP a biztosítással nem rendelkező diagnosztikai vizsgálatban részesülők számára” című **1.sz. melléklet** szerinti formanyomtatvány, a kezelőorvos által hitelesítve. Az adatlapon tételesen fel kell sorolni az elvégzett vizsgálatokat név és vizsgálati díj megjelölésével. A felsorolt szolgáltatási tételek vizsgálati díjait össze kell adni, ez lesz a fizetendő ellátási díj.

Az adatlap mellé csatolni kell a **8. vagy 9. sz. melléklet** szerinti nyilatkozatot, útlevelet, igazolvány, biztosítási kártya fénymásolatát.

Az adatlapban szereplő vizsgálatok, beavatkozások valódiságáért (az összes vizsgálatért melyet intézményünkben a betegen elvégeztek) az az osztály (kezelőorvos) a felelős, ahonnan az adatlapot kiadják a betegnek, illetve számlázásra átadják.



## 7 A térítési díjak meghatározása, nyilvánosságra hozatala és befizetésének rendje

### 7.1 A térítési díjak meghatározása

Az intézmény vezetője a térítési díjakat saját hatáskörben állapította meg, valamint az egyes részleges, kiegészítő illetve a kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díját a 284/1997.(XII:23.) Korm. rendelet alapján határozta meg. **(7. sz. Segédlet)**

### 7.2 A térítési díjak nyilvánosságra hozataláról az Ebtv. 25.§-a rendelkezik. **(10.sz. Segédlet)**

- Valamennyi betegellátó és diagnosztikai osztályon, továbbá az önálló munkahelyeken jelen szabályzatot és mellékleteit úgy kell elhelyezni, hogy abba bármikor, bárki betekinthesen.
- A szabályzatot az intraneten (intranet.karolinakorhaz.hu) és a kórház honlapján (**www.karolinakorhaz.hu**) is hozzáférhetővé kell tenni.
- Ezen túlmenően az adott osztályra, részlegre, rendelőre vonatkozó díjtételeket kivonatos formában jól látható helyen ki kell függeszteni.
- Így ki kell függeszteni a betegvárókban, előterekben, illetve az osztályok hirdetőtábláin, faliújságain.
- Fentiekén túlmenően a díjfizetésre kötelezett ellátottakkal - amennyiben az lehetséges -, az ellátás megkezdése előtt közölni kell az ellátás várható díját.

### 7.3 A térítési díjak megfizetése, a befizetések rendje

Az egészségügyi szolgáltatásokért fizetendő térítési díjat a szolgáltatás igénybe vevője köteles megfizetni.

Ez alól kivétel, ha az egészségügyi szolgáltatás hatósági megkeresésre történik. Ilyen esetben az intézmény a szolgáltatásról számlát állít ki, valamint kitölti a **11.sz. melléklet** szerinti igazolást. A számlát az illetékes hatóság egyenlíti ki.

A beszedett díjak az intézmény bevételeit képezik.

Amennyiben az lehetséges a szolgáltatás megkezdése előtt az érintettet külön tájékoztatni kell a térítési díj várható mértékéről, a teljesítés után pedig számlát kell kiállítani, mely számla tartalmazza az igénybe vett szolgáltatást és a fizetendő térítési díjat.

Az intézmény lehetőséget biztosít részletfizetésre, melynek maximális futamideje 5 hónap, amennyiben a beteg erről nyilatkozik **(13. sz. melléklet)**.

A térítési díjak beszedése az intézmény kiemelt érdeke, ezért amennyiben a szolgáltatást nyújtó indokoltnak látja, a szolgáltatás megkezdése előtt előleg kérhető, valamint a szolgáltatás teljesítése közben részszámla állítható ki. Ez azonban kizárólag a Pénzügyi osztályon keresztül történhet.

Törekedni kell arra, hogy a szolgáltatás ellenértéke elsősorban **készpénzben** kerüljön kifizetésre.

Amennyiben ez nem lehetséges, a kötelezett részére átutalási postautalványt kell adni a **8.sz. (külföldi) vagy a 9.sz. (magyar) melléklet** szerinti kötelezvény, valamint amennyiben a beteg igényli a **13. sz. melléklet** egyidejű aláíratása mellett, attól függően, hogy az illető ellátott magyar, magyarral azonos ellátás alá eső EU-s vagy egyéb külföldi állampolgár. Abban az esetben, ha a készpénzben történő fizetés nem valósítható meg, vagy a beteg számláját biztosító társaság vállalja át, minden esetben ki kell tölteni és alá kell íratni a **8.sz. melléklet** vagy a **9.sz. melléklet** szerinti kötelezvényt, továbbá ki kell állítani a **5. vagy 6.sz. melléklet** szerinti adatlapot és azt el kell juttatni a kötelezvénnel együtt az Informatikai és dokumentációs csoportnak, ahol ellenőrzik az adatok helyességét, majd továbbítják a Pénzügyi osztályra, ahol gondoskodni kell a számla kiállításáról, benyújtásáról és ellenértékének beszedéséről.

Készpénzfizetési számla az egyes ellátó osztályokon is kiállítható.

Amennyiben a számlázó program valamilyen okból nem érhető el, számlatömböt kell használni. A számlatömbök nyilvántartását, kiadását, cseréjét és az elszámolást a „Pénzkezelési Szabályzat” tartalmazza.

A térítési díjak, számlázása, beszedése, tárolása és elszámolása során a „Pénzkezelési szabályzatban” foglaltakat maradéktalanul be kell tartani. (**11. sz. Segédlet**)

#### 7.4 Egyéb rendelkezések:

- 7.4.1 A pénzkezelő munkahelyek minden munkanapon 14<sup>00</sup> és 15<sup>00</sup> óra között kötelesek az intézmény pénztárában azon összegekkel elszámolni, amelyek 14<sup>00</sup> óráig elérik a 20.000.-Ft-ot. Minden olyan munkahely pénzkezelő munkahelynek minősül, ahol az ellátásért fizetés történik. A pénzkezelő munkahelyeken pénzkezelésért felelős személyeket kell kinevezni, akik kötelesek ismerni és betartani az intézmény pénzkezelési szabályzatában foglaltakat, ezt a **14. sz. mellékletben** szereplő nyilatkozat aláírásával igazolják.
- 7.4.2 A kiemelt pénzkezelő helyekre pénzkazettát kell biztosítani. A kiemelt pénzkezelő helyeket a **12. sz. melléklet** tartalmazza.
- 7.4.3 Nem kiemelt pénzkezelő helyen átvett összeg megőrzéséért és a pénz pénztárba történő befizetéséért az átvevő felel, vagy eljárhat a 7.4.4. pont szerint.
- 7.4.4 Az intézmény pénztári óráin kívüli időpontokban a befizetésre kerülő összegek - amennyiben a pénz átvevője ezt szükségesnek ítéli-, elhelyezhetők a **teherportai** pánccs szekrényben.  
A pénz átvételéről a portás nyugtát állít ki.  
A készpénzfizetési számlát a pénz eredeti átvevője, a portástól kapott nyugtával együtt - a lehető legrövidebb időn belül - eljuttatja a pénztárba.  
A befizetések átvételére jogosult személyeknél tartható összeg felső határa 20.000,-Ft.
- 7.4.5 Az intézmény által saját hatáskörben megállapított térítési díj méltányossági alapon történő mérséklésére a kórház vezetősége, egyéb térítési díjakkal kapcsolatos méltányossági jogkör gyakorlására a NEAK jogosult.

## 8 Záró rendelkezések

8.2 Az inflációhoz és a NEAK térítéshez igazodva a - külön árlista szerinti - térítési díjak a főigazgató főorvos, vagy gazdasági igazgató által **évente felülvizsgálatra, és korrekcióra kerülnek.**

8.3 Jelen szabályzat azon részei, amelyek a jogszabályilag meghatározott térítési díjakat tartalmazzák, illetve jogszabályban meghatározott szociális egyezményeket érintik a jogszabályváltozást követően módosításra kerülnek.



**A D A T L A P**  
**(a biztosítással nem rendelkező betegek diagnosztikai vizsgálatban részesülők számára)**  
**(tsz. 6.4 ponthoz)**

Beteg neve: .....

Születési idő: ..... év ..... hó ..... nap

Anyja neve: .....

Személyi igazolvány/útlevel szám: .....

Állampolgárság: .....

Lakcím:.....

A beteget ellátó diagnosztikai egység neve: .....

Kódja: .....

Ellátás ideje: ..... év ..... hó ..... nap

Diagnosztikai ellátásért fizetendő díj:

**Elvégzett tevékenységek:**

<b>Tevékenység megnevezése</b>	<b>Vizsgálat díja</b>

***Fizetendő összeg:***

Vizsgálatot végző orvos neve:.....

Megjegyzés: .....

Mosonmagyaróvár, 20.....év.....hó.....nap

.....  
**vizsgáló orvos aláírása**



### **Kiegészítő szolgáltatások térítési díjai (tsz. 4.2.1-4.2.2 ponthoz)**

a.) Ápolási osztály:

Regisztrációs díj (egyszeri) **10 000,-Ft**  
(A betegfelmérő lap elbírálását követően, mely a megállapodás megíjúsulás esetén sem térítendő vissza.)

a.) Az osztályon tartózkodás az ellátás első 6 hónapjában:

- 2 ágyas szoba **3 500,-Ft/nap**  
- 3-4 ágyas szoba **3 000,-Ft/nap**  
- 5 ágyas **2 500,-Ft/nap**

b.) Az osztályon tartózkodás az ellátás 7. hónapjától:

- 2 ágyas szoba **4 000,-Ft/nap**  
- 3-4 ágyas szoba **3 500,-Ft/nap**  
- 5 ágyas **3 000,-Ft/nap**

c.) Az osztályon tartózkodás az ellátás 12. hónapjától:

- 2 ágyas szoba **4 500,-Ft/nap**  
- 3-4 ágyas szoba **4 000,-Ft/nap**  
- 5 ágyas **3 500,-Ft/nap**

Ápolási díj (ágyazámtól függetlenül) **800,-Ft/nap**

b.) Krónikus osztályon

b.a.) Emelt szintű ellátás díjai:

- 1 ágyas szoba **3 000,-Ft/nap**  
- 2 ágyas szoba **2 000,-Ft/nap**  
- minden egyéb elhelyezés **0,-Ft/nap**

b.b.) Emelt szintű ellátás díjai az ellátás 7. hónapjától:

- 1 ágyas szoba **3 500,-Ft/nap**  
- 2 ágyas szoba **2 500,-Ft/nap**  
- minden egyéb elhelyezés **700,-Ft/nap**

b.c.) Emelt szintű ellátás díjai az ellátás 13. hónapjától:



Karolina Kórház-Rendelőintézet  
9200 Mosonmagyaróvár, Régi Vámház tér 2-4.  
Telefon: 06 96/574 -600 Fax: 06 96/574-793

Térítési szabályzat  
2.sz. melléklet

- 
- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| - 1 ágyas szoba           | <b>4 500,-Ft/nap</b> |
| - 2 ágyas szoba           | <b>3 500,-Ft/nap</b> |
| - minden egyéb elhelyezés | <b>1 700,-Ft/nap</b> |

b.d) Az ellátás 7. hónapjától az ellátás díja  
az b.a.)-b.c.) pont szerinti díjon felül

**800-Ft/ápolási nap**

Az b.b) a d.c) és b.d) pontba foglalt ellátási időkhöz bele kell számítani az áthelyezés napját megelőző valamennyi, valamint ismételt felvétel esetén a hat hónapon belüli Karolina Kórház-Rendelőintézet krónikus és ápolási osztályán fekvőbetegként töltött időt.

c.) Minden egyéb ellátó helyen

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| c.a.) 1 ágyas szoba | <b>6 000,-Ft/nap</b> |
| c.b.) 2 ágyas szoba | <b>4 000,-Ft/nap</b> |

d.) Amennyiben a további aktív kórházi ellátást a beteg állapota nem indokolja,  
a túlápolásért fizetendő díj összege:

**12.000.-Ft/nap**



**A kötelező egészségbiztosítási ellátás keretében igénybe NEM vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjai  
(tsz. 5. ponthoz)**

1. Jogszabályi előírás alapján díjak: (tsz.5.1.ponthez)

**2. számú melléklet a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelethez**

A		B
1.	Lőfegyvert munkakörükből eredően tartani szándékozó, illetve tartó személyek (I. csoport) lőfegyvertartásra való egészségi alkalmasságának pszichológiai vizsgálata	
	a) első fokon	7 200 Ft
	b) másodfokon	12 000 Ft
2.÷	Lőfegyvert tartani szándékozó, illetve tartó, valamint elöltöltő fegyvert vadászati célra használni szándékozó, illetve használó személyek (II. csoport) alkalmassági vizsgálata	
A.	orvosi alkalmassági vizsgálat	
	a) ha a 40. életévét még nem töltötte be:	
	aa) első fokon	7 200 Ft
	ab) másodfokon	10 800 Ft
	b) ha a 40. életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el:	
	ba) első fokon	4 800 Ft
	bb) másodfokon	7 200 Ft
	c) ha a 60. életévét betöltötte, de a 70. életévét még nem érte el:	
	ca) első fokon	2 500 Ft
	cb) másodfokon	4 800 Ft
	d) ha a 70. életévét betöltötte:	
	da) első fokon	1 700 Ft



		<i>db)</i>	másodfokon	3 200 Ft
	B.	pszichológiai alkalmassági vizsgálat		
		<i>a)</i>	első fokon	7 200 Ft
		<i>b)</i>	másodfokon	12 000 Ft
3.º	Gépjármű-vezetői, belvízi hajózási szolgálati és belvízi kedvtelési célú vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálat			
		<i>a)º</i> ha a 40. - gépjármű-vezetői alkalmassági vizsgálat esetén az 50. - életévét még nem töltötte be:		
		<i>aa)</i>	első fokon	7 200 Ft
		<i>ab)</i>	másodfokon	10 800 Ft
		<i>b)º</i> ha a 40. - gépjármű-vezetői alkalmassági vizsgálat esetén az 50. - életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el:		
		<i>ba)</i>	első fokon	4 800 Ft
		<i>bb)</i>	másodfokon	7 200 Ft
		<i>c)</i> ha a 60. életévét betöltötte: de a 70. életévét még nem érte el:		
		<i>ca)</i>	első fokon	2 500 Ft
		<i>cb)</i>	másodfokon	4 800 Ft
		<i>d)</i> ha a 70. életévét betöltötte:		
		<i>da)</i>	első fokon	1 700 Ft
		<i>db)</i>	másodfokon	3 200 Ft
4.	Alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vér- és vizeletvételek			4 800 Ft
5.	Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett			
		<i>a)</i>	vérvételek	3 200 Ft
		<i>b)</i>	vizeletvételek	1 600 Ft
6.	Látlelet készítése és kiadása			3 500 Ft
7.	Részeg személy detoxikálása			7 200 Ft





8.	Kábítószer hatása alatt álló személy akut ellátása		7 200 Ft
9.	Tengeri hajózási egészségi alkalmassági vizsgálat		
	a) tengeri hajózási szolgálatot teljesítő személy alkalmassági vizsgálata		
	aa) az egészségi alkalmasság első vizsgálata		19 200 Ft
	ab) az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata		15 600 Ft
	b) I. és II. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata		
	ba) az egészségi alkalmasság első vizsgálata		12 000 Ft
	bb) az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata		9 700 Ft
	c) III. és IV. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata		
	ca) az egészségi alkalmasság első vizsgálata		9 700 Ft
	cb) az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata		7 200 Ft
10.	Igazságügyi szakértői tevékenység kivételével jogszabály által elrendelt vagy egyéb háziiorvosi, orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre való jogosultság megállapítása céljából kerül sor		7 200 Ft
11.	Hivatásos sportolók sportegészségügyi vizsgálata		9 700 Ft
12.	Hivatásos sportolók további sportegészségügyi szakvizsgálata		Az adott ellátásnak a közfinanszírozásban érvényesíthető díja
13.	Repülő-egészségügyi alkalmassági vizsgálat		
	a) 1. egészségügyi osztály		
	aa) első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti vagy teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat		28 700 Ft
	ab) időszakos vizsgálat		16 100 Ft



		b) 2. egészségügyi osztály		
		ba)	első, illetve kibővített (terheléses EKG vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	13 800 Ft
		bb)	időszakos vizsgálat	9 200 Ft
		c) 3. egészségügyi osztály		
		ca)	első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti vagy teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	28 700 Ft
		cb)	időszakos vizsgálat	16 100 Ft
14.±	Az a mellkas-szűrővizsgálat (tüdőszűrés), melynek igénybevételére nem az egészségügyi hatóság által a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló miniszteri rendelet szerint kötelezően elrendelt szűrővizsgálat keretében, vagy nem a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló miniszteri rendelet szerinti korhoz kötött szűrővizsgálat keretében, vagy nem jogszabály által előírt, a szakképző intézményben és felsőoktatási intézményben oktatásban részesülők szakmai alkalmassági vizsgálati keretében kerül sor.			1 700 Ft
15.±	A foglalkoztathatóság szakvéleményezése			
		a)	közfoglalkoztatási jogviszonyhoz szükséges szakvélemény esetén	1900 Ft/fő/eset
		b)±	a büntetésként kiszabott közérdekű munka végrehajtásához szükséges szakvélemény esetén	1900 Ft/fő/eset
		c)	az a) és a b) pontban nem említett esetben	3300 Ft/fő/eset
16.	Járványügyi érdekből nem kötelező védőoltással történő immunizálás, kivéve a) a térítésmentes védőoltással történő immunizálást és b)± - az a) pont hatálya alá nem tartozó körben is - a pneumococcus baktérium, a human papilloma vírus és az influenza megbetegedés elleni immunizálást			2 000 Ft
17.±	Járványügyi készültség idején a SARS-CoV-2 RT-PCR módszerrel történő kimutatására vonatkozó vizsgálat díja			17 000 Ft



18.-	Járványügyi készültség idején a SARS-CoV-2 RT-PCR mintavétel díja	2 500 Ft
19.-	Járványügyi készültség idején a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálat	9 000 Ft
20.-	Járványügyi készültség idején mintavétel a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálatához	2 000 Ft

2. 46/1997.(XII.17.) NM. rendelet alapján:

a) Sterilizáció, nem orvosi indikációra (tsz. 5.2.2.) ponthoz

9610 Férfi sterilizáció

**40 400,-Ft**

9620 Női sterilizáció

**81 200,-Ft**

**Amennyiben egyéb műtét mellett végzik el a beavatkozást 50% kedvezmény adható.**

b.) Prostata Specifikus Antigén (PSA) meghatározás általános szűrővizsgálathoz (OENO: 2662C)

(tsz. 5.2.3. ponthoz)

**2.700.-Ft**

c) Manuálterápiás kezelés (tsz. 5.2.4. ponthoz) (OENO: 94711)

**5.500.-Ft/kezelés**

3. 18/1998. (VI.3.) NM. rendelet 22. § (6) bekezdése alapján az önkéntesen kezdeményezett, a szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására irányuló orvosi vizsgálat elvégzésének és az igazolás kiadásának díja a 18/1998. (VI.3.) NM. rendelet 22. §-a alapján (tsz. 5.3.) ponthoz)

a) A rendelet 22.§.(6) bekezdés

a.) pontja szerinti a fertőzés megállapítására vagy kizárására irányuló klinikai vizsgálatok:

- syphilis (vérbaj),
- gonorrhoea (kankó, tripper),

és b.) pontja szerinti fertőzések felderítésére irányuló mikrobiológiai szűrővizsgálatok:

- syphilis (vérbaj),
- gonorrhoea (kankó, tripper),
- HIV,
- akut urogenitális chlamydiasis,
- hepatitis B

**díja 66.000,-Ft/alkalom**

b) A hepatitis B fertőzés megelőzése érdekében alkalmazott védőoltás esetén az ezen fertőzés kizárására vonatkozó vizsgálatot a továbbiakban nem szükséges elvégezni. Az ezen vizsgálat nélküli vizsgálat sor díja: (3. a. és b. pont a hepatitis B vizsgálatával nélkül)



**60.000,-Ft/alkalom**

- c) Hepatitis védőoltás **6 600,-Ft**  
Amennyiben a védőoltást az ellátásra kerülő biztosítja: **2 500,-Ft**
- d) Hepatitis B. fertőzés megállapítására irányuló **ismételt** vizsgálat és a védőoltás eredményessége megállapításának díja: **5 500,-Ft**
- e) Az orvosi igazolás kiállításának díja **4 500,- Ft**  
(Az igazolás csak negatív eredmény esetén adható ki)
4. A 32/2007. (VI.27.) Eü.M. rendelet alapján: A bevándorlási, illetve a huzamos tartózkodási kérelemhez előírt orvosi vizsgálatok térítési díjai: (tsz. 5.4 ponthoz)
- a) Tuberkulózis (TBC) A vizsgálatot végző  
b) HÍV fertőzés **laboratórium**  
**mindenkori**  
c) Luesz árlistáján  
d) Hastifusz és paratifusz baktériumhordozó állapot szereplő  
e) Hepatitis B összeg.  
f) Vérvétel **1000,-Ft**
5. A fogvatartás előtti orvosi vizsgálat díja a Rendőrkapitánysággal történt megegyezés szerint (tsz. 5.5.) ponthoz **3.500,-Ft/fő**
6. A halottkezeléshez kapcsolódó tevékenységek díjtételei:
- a) A halothütési tevékenység ellenértéke a halottvizsgálati bizonyítvány kiállításának -vagy ha ekkor még nem áll rendelkezésre, a holttest eltemetésére szóló engedély -napját követő naptól számított 72 óra időtartamra: **12.000Ft/halott**
- b) Halothütés 72 órán túl minden megkezdett 24 óra után: **8.500 Ft/nap**
- c) Halottkezelési tevékenységek:  
- halott öltöztetése, borotválása, mosdatása: **9.500Ft/halott**  
- kozmetika (rekonstruálás): **1.200 Ft/halott**
- d) Műanyag zsák (boncolt holttestek esetében és a közíg, határon kívüli szállításnál kötelező): **2.300 Ft/halott**
- e) Rendkívüli halott kiadás (nem a megjelölt időintervallumban): **45.000 Ft**
- f) Halott hűtése, tárolása külső cég számára: **20.000 Ft/nap**

**Kedvezmények:**

- 0-10 éves korig a halottkezelés ingyenes
- 10-18 év között a teljes díj 50%-a fizetendő
- kórházi dolgozók és közvetlen családtagjaik (férj, feleség, gyermek, szülő) esetén nem kell térítési díjat fizetni



7. Az Intézmény foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásait a szolgáltatást igénybe vevő munkáltatókkal kötött egyedi szerződésekben, piaci viszonyoknak megfelelően meghatározott díjak ellenében nyújtja a munkáltatóknak.

A foglalkozás-egészségügyi alkalmassági vizsgálat keretében az intézménnyel szerződésben nem álló munkavállalók részére, eltérő megállapodás hiányában –munkáltatójuk megkeresésére, vagy azok önálló kezdeményezésére a 89/1995. (VII.14.) Kormány rendelet 1. sz. melléklete, valamint a 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet 2. sz. melléklete alapján – az alábbi térítési díjakat kell alkalmazni (tsz. 5.7.1 pontjához):

a.) A munkáltató által eltérő megállapodás hiányában fizetendő díjak:

„D” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	<b>5 000 Ft/fő/év</b>
„C” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	<b>6 800 Ft/fő/év</b>
„B” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	<b>8 400 Ft/fő/év</b>
„A” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében	<b>10 000 Ft/fő/év</b>

b.) 1.1.2. Az állami foglalkoztatási szervként eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a szakképző intézmény által - eltérő megállapodás hiányában - fizetendő díjak:

Az állami foglalkoztatási szervként eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a szakképző intézmény által beutalt személy

b.a.) szakmai alkalmassági vizsgálata beiskolázás előkészítése érdekében	<b>2500 Ft/fő/ eset</b>
b.b.) szakmai alkalmassági vizsgálata munkaközvetítés előkészítése érdekében	<b>2800 Ft/fő/ eset</b>

c.) A foglalkoztathatóság szakvéleményezése

c.a.) közfoglalkoztatási jogviszonyhoz szükséges szakvélemény esetén	<b>1 900 Ft/fő/ eset</b>
c.b.) a büntetésként kiszabott közérdekű munka végrehajtásához szükséges szakvélemény esetén	<b>1 900 Ft/fő/ eset</b>
c.c.) az a) és a b) pontban nem említett esetben	<b>3300 Ft/fő/ eset</b>

8. A foglalkozás-egészségügyi alapellátás, valamint magánorvos által kezdeményezett szakorvosi ellátás díjtételei (tsz. 5.7.2. pontjához):

**WHO beavatkozások pontértéke X az aktuális NEAK Ft érték X 4**

A Karolina Kórház-Rendelőintézettel foglalkozás-egészségügyi alapellátásra szerződéssel rendelkező munkáltatók dolgozói részére 50% kedvezmény adható.



9. Adatszolgáltatással kapcsolatos térítési díjak (tsz. 5.8. pontjához):

a.) Egyéb lakossági megkereséshez kapcsolódó adatszolgáltatás, a jogosult kérése alapján, mely nem jogszabályi kötelezettségen alapul (pl.: horoszkóp): **2.500.-Ft/adat**

b.) Egyéni kezdeményezés alapján készült egészségügyi dokumentáció másolat:  
A/4 és A/3 (oldalanként): **150.-Ft**

c.) UH felvétel kiadása fotópapíron: **750.-Ft/fotó**

d.) Digitalizált felvételek kiadása a paciens részére CD-n: **1000.-Ft/CD**

**Sürgősségi díj: a fizetendő összeg duplája!**

10. Kísérő személy által fizetendő díj (tsz. 5.9)

a) szállásért fizetendő díj: **3 000.-Ft/nap**

b) étkezésért fizetendő díj **a vendégétkezés mindenkori díja**



## Biztosítással nem rendelkező betegek által fizetendő díjak

(tsz. 6. ponthoz)

### 1. Aktív fekvőbeteg ellátás térítési díjának megállapítása:

**HBCS pontérték  $X$  az aktuális NEAK Ft értékkel  $X 2,5$**

### 2. Krónikus fekvőbeteg ellátás térítési díjának megállapítása:

**Krónikus napok száma  $X$  az aktuális szakmai szorzóval  $X$  az aktuális NEAK Ft értékkel  $X 2,5$**

Az aktuális szakmai szorzókat a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8. számú melléklete tartalmazza, melyek a szabályzat készítésekor a következők:

Kódja	Megnevezése	Szorzója
00001	Ápolási tevékenység	1,0
00015	Krónikus ellátás	1,2
00019	Rehabilitációs ellátás* „A” minősítésű**	2,0

### 3. Járóbeteg szakellátás térítési díjának megállapítása:

**WHO beavatkozás pontértéke  $X$  az aktuális NEAK Ft értékkel  $X 4$**

Megjegyzés:

2,5-4 amortizációs szorzó, mivel a fekvő- és járóbeteg pontértékek az amortizáció értékét nem foglalják magunkban.



#### 4. Az diagnosztikai vizsgálatok díjai:

##### 4.1 Laboratóriumi vizsgálatok térítési díjai

Laboratóriumi vizsgálat megnevezése	Ár	Sürgősségi Ár
Alanin-amino-transzferáz meghatározása (GPT)	150	230
Albumin meghatározása	150	230
Albumin meghatározása vizeletben(immun turb.)	1 200	1 800
Alfa-amiláz meghatározása	540	810
Alkalikus foszfatáz meghatározása	150	230
Anti-TPO	3 500	5 250
ASO	1 000	1 500
Aszpartát-amino-traszferáz meghatározása (GOT)	150	230
B12 vitamin	4 000	6 000
Bilirubin direkt meghatározása	180	270
Bilirubin meghatározása	150	220
CA 15-3	3 750	5 600
CA-125	4 350	6 500
CA-19-9	4 350	6 500
CEA	3 750	5 600
CRP	1 350	2 030
D-dimer meghatározása	5 400	8 100
D-vitamin	5 500	8 250
EBV asp. antit.	2 250	3 380
Ferritin	3 000	4 500
Fibrinogén meghatározása	1 280	1 910
Folsav	4 000	6 000
Foszfor meghatározása	200	300
Foszfor meghatározása vizeletben	200	300
FSH	2 400	3 600
Gamma-glutamil-transzferáz meghatározása	150	230
Glukóz meghatározása vizeletben	140	200
Glukóz terhelés	600	900
HBsAg	4 500	6 750
HCV	5 000	7 500
HDL koleszterin meghatározása	380	560
Helicobacter pylori antigén kimutatása székletből	6 000	9 000
Helicobacter pylori ellenanyag kimutatás	6 000	9 000
Hemoglobin A1c meghatározás	3 600	5 400
hsTNI	4000	6 000
Húgysav meghatározása	170	250
Inzulin	3 500	5 250
Kalcium meghatározása	200	300





Kalcium meghatározása vizeletben	200	300
Kálium meghatározása vizeletben	200	300
Kálium meghatározása	200	300
Karbamid meghatározása	150	230
Klorid meghatározása	200	300
Koleszterin LDL meghatározása	750	1 130
Koleszterin (össz) meghatározása	150	230
Kreatinin meghatározása vizeletben	380	560
Kreatinin meghatározása	330	500
Kreatin-kináz (CK) meghatározása	360	540
LH	2 700	4 050
Liquor fehérje	750	1 130
Liquor Pándy	110	160
Liquor sejtszám	160	230
Magnézium meghatározása	230	340
Mintaszállítás	2 000	3 000
Nátrium meghatározása	200	300
Nátrium meghatározása vizeletben	200	300
Összfehérje meghatározása	150	230
Összfehérje meghatározása vizeletben	120	180
Ösztrogén	3 000	4 500
Parciális thromboplastin idő meghatározása (APTI)	810	1 220
Procalcitonin	12 000	18 000
Progeszteron	3 500	5 250
Prolactin	2 400	3 600
Prosztata specifikus antigén meghatározása (PSA)	2 700	4 050
Prothrombin meghatározása	600	900
Pseudo-kolineszteráz meghatározása	300	450
Punktátum amiláz	1 080	1 610
Punktátum LDH	270	410
Punktátum üledék	270	410
Rheuma faktor kvantitatív meghatározása, immunkémiai módszerrel	2 250	3 380
βHCG	2 700	4 050
SARS-CoV-2 specifikus antitest (ellenanyag) (IgG)	8 000	-
Székklet vér kimutatása immunkémiai teszt	1 950	2 930
T3	2 400	3 600
T4 szabad frakció meghatározása	2 250	3 380
Tejsav dehidrogenáz meghatározása (LDH)	150	230
Terhességi próba	1 200	1 800
Testoszteron	2 100	3 150
Thrombin idő meghat.	810	1 220
Totál transferrin	830	1 240



Trigliceridek meghatározása	170	250
TSH ultraszenzitív meghatározása	1 800	2 700
Vas meghatározása	230	340
Vércukor meghatározása	150	230
Vérkép,automatával IV.	1 200	1 800
Vérvétel (egységenként)	110	160
Vérvétel ujjbegyből	80	110
Vérzési idő meghatározása	426	640
Viz.aceton kimutatás	60	80
Vizelet általános	400	600
Vizelet amiláz	540	810
Vizelet hűgysav	170	250
Vizelet üledék alakos elemek meghatározása automatával, beleértve az esetleges mikroszkópos ellenőrzést is	600	900
Vvt süllyedés sebességének meghatározása	110	160

#### 4.2 Transzfuziológiai vizsgálatok térítési díjai

Transzfuziológiai vizsgálat megnevezése	Ár	Sürgősségi Ár (ár*1.5)
Coombs-teszt - direkt - polivalens savóval	1 460	2 190
Coombs-teszt - indirekt - minőségi, polivalens savóval	2 160	3 240
Ellenanyag azonosítás ( Papain LISS, Papain LISS Coombs)	14 650	21 975
Ellenanyag-azonosítás (LISS és LISS Coombs)	14 650	21 975
Ellenanyagszűrés (pLISS)	1 640	2 460
Kell rendszer tipizálása antigéneenként Kell ag	2 440	3 660
Kompatibilitási vizsgálat LISS Coombs közegben	1 950	2 925
Laboratóriumi vércsoport meghatározás (AB0, Rh)	2 930	4 395
Rh rendszer antigénjei , e ag	2 930	4 395
Rh rendszer antigénjei, C ag	1 950	2 925
Rh rendszer antigénjei, c ag	1 950	2 925
Rh rendszer antigénjei, Cw ag	1 950	2 925
Rh rendszer antigénjei, D ag	1 950	2 925
Rh rendszer antigénjei, E ag	1 950	2 925
Vérvétel	280	420



### 4.3 Képkalkotó diagnosztikai vizsgálatok térítési díjai

Vizsgálat megnevezése	Ár
<b>A.) Röntgen felvétel</b>	
Testájanként, irányonként	3 500 Ft
<b>B.) Mammográfia</b>	
Mammográfiai szűrés	10 900 Ft
Mammográfiai kiegészítő felvételek felvételenként	3 600 Ft
Komplex emlővizsgálat (fizikális vizsgálat, mammográfia, emlő és nyirokrégiók UH vizsgálata)	21 900 Ft
Mintavétel emlőből (szövettan, citológia)	43 500 Ft
Egy ülésben végzett, többszöri mintavétel	49 500 Ft
Dróthurok lokalizálás	48 000 Ft
<b>C.) Ultrahang vizsgálat</b>	
UH has és kismedence vizsgálat	10 900 Ft
Emlő UH vizsgálat (emlő+nyirok régiók)	12 500 Ft
Doppler UH régióként / szervenként / végtagonként	10 000 Ft
UH vezérelt mintavétel	41 500 Ft
<b>D.) CT vizsgálat</b>	
CT natív vizsgálat régióként	18 500 Ft
CT kontrasztanyag vizsgálat régióként	35 000 Ft
CT natív és kontrasztanyag vizsgálat régióként	47 900 Ft
CT natív és kontrasztanyag has és kismedence vizsgálat	63 900 Ft
CT angiográfia koponya, rekonstruálva	63 000 Ft
CT angiográfia mellkas/has/egyéb régió – régióként, rekonstruálva	66 000 Ft
CT-vizsgálat kiegészítő 2-3 D rekonstrukciója	13 000 Ft
CT urográfia	62 900 Ft
<b>D.) Egyéb szolgáltatások</b>	
Konzultáció korábban készült vizsgálatról, hozott leletről (vizsgálatonként és max. 20 perc)	12 000 Ft
Előzetes tájékoztatás radiológiai vizsgálatok diagnosztikai szerepéről (max. 10 perc)	6 000 Ft



**A D A T L A P**  
**(a biztosítással nem rendelkező fekvőbeteg ellátásban részesülők számára)**  
**(tsz. 6.1 és 6.2 ponthoz)**

Beteg neve: .....

Születési idő: ..... év ..... hó ..... nap

Anyja neve: .....

Személyi igazolvány/útlevel szám: .....

Állampolgárság: .....

Lakcím:.....

A beteget ellátó osztály neve:.....

Felvétel ideje: ..... év ..... hó ..... nap

Távozás ideje:..... év ..... hó ..... nap

Aktív ellátásért fizetendő díj:

Betegség HBCS kódja:.....megnevezése: .....

Súlyszám értéke:..... \* 198.000 Ft \* 2,5 = .....Ft

Krónikus ellátásért fizetendő díj:

Ápolási napok száma:..... \*az osztály szorzója\* 6.600 Ft \* 2,5 = .....Ft

Kiegészítő szolgáltatások térítési díja (2. sz. melléklet szerint):

1. Szolg megnevezése: .....Fizetendő díj: .....Ft

2. Szolg megnevezése: .....Fizetendő díj: .....Ft

**Fizetendő díj összesen : ..... Ft azaz ..... forint**

Kezelést végző orvos neve: .....

Megjegyzés: .....

Mosonmagyaróvár, 20.....év.....hó.....nap

.....  
**kezelőorvos aláírása**





**K Ö T E L E Z V É N Y**  
**(betegbiztosítási igazolvány 15 napon belül történő bemutatására)**

Alulírott ....., szem.ig.sz.: .....  
születési hely, idő(év/hó/nap): .....  
anyja neve: .....  
leánykori neve: .....  
lakcím: .....SZ.  
alatti lakos nyilatkozom és igazolom, hogy a mai napon  
..... egészségügyi szolgáltatást igénybe vettem

Elismerem, hogy a TAJ számom rendelkezésre bocsátására felszólítottak, azt bemutatni nem tudtam. Tudomásul veszem az egészségügyi szolgáltató felhívását, hogy a biztosítási igazolványomat (TAJ számomat) 15 napon belül (utólagosan) be kell mutatnom az ellátást nyújtó osztály adminisztrátoránál/szakrendelésen\*, ellenkező esetben az egészségügyi szolgáltatás díjáról kiállított számla ellenértékét köteles vagyok kiegyenlíteni.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek.

Az egészségügyi szolgáltató részéről közreműködő személy neve: .....

Kelt.: Mosonmagyaróvár,.....

egészségügyi szolgáltató részéről  
közreműködő személy aláírása

biztosított aláírása

Az intézmény bélyegző lenyomata: P.H.

Megjegyzés: \* a megfelelő rész aláhúzendő

Készült 2 pld-ban: 1 pld. az ellátotté

1 pld. adminisztrátor (amennyiben elmarad a kártya bemutatása, továbbküldendő az 1. sz. melléklettel együtt a Pénzügyi Osztályra)



## KÖTELEZVÉNY

### (betegbiztosítási igazolvány 15 napon belül történő bemutatására, hozzátartozó esetén)

Biztosított neve:..... , szem.ig.sz.: .....  
születési hely, idő(év/hó/nap): .....  
anyja neve: ..... , leánykori neve: .....

Alulírott ..... , szem.ig.sz.: .....  
születési hely, idő(év/hó/nap): .....  
anyja neve: ..... , leánykori neve: .....  
hozzátartozói minőség: ..... , lakcím: .....

..... sz. alatti lakos, mint a biztosított  
hozzátartozója nyilatkozom és igazolom, hogy a mai napon a biztosított

..... egészségügyi szolgáltatást vett igénybe.  
Elismerem, hogy a biztosítottat a TAJ számának rendelkezésre bocsátására felszólították, azt bemutatni nem tudta. Tudomásul veszem az egészségügyi szolgáltató felhívását, hogy a biztosított biztosítási igazolványát (TAJ számát) 15 napon belül (utólagosan) be kell mutatnom az ellátást nyújtó osztály adminisztrátoránál/szakrendelésen\*, ellenkező esetben az egészségügyi szolgáltatás díjáról kiállított számla ellenértékét köteles a biztosított kiegyenlíteni.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak mindenben megfelelnek.

Az egészségügyi szolgáltató részéről közreműködő személy neve: .....

Kelt.: Mosonmagyaróvár,.....

egészségügyi szolgáltató részéről  
közreműködő személy aláírása

biztosított/hozzátartozó aláírása

Az intézmény bélyegző lenyomata: P.H.

Megjegyzés: \* a megfelelő rész aláhúzendó

Készült 2 pld-ban: 1 pld. az ellátotté

1 pld. adminisztrátor (amennyiben elmarad a kártya bemutatása, továbbküldendő  
az 1. sz. melléklettel együtt a Pénzügyi Osztályra)



## K Ö T E L E Z V É N Y

### külföldi betegek részére

Alulírott .....

születési helye: .....

ideje: .....

lakik( ország, város, utca, házsám):.....

Útlevel száma: .....

Biztosító neve és címe: .....

Biztosítás száma: .....

Elismerem, hogy ..... - tól ..... -ig (nap, hó, év)

összesen: ..... napot a mosonmagyaróvári Karolina Kórház-Rendelőintézetben

gyógykezelés alatt álltam.

A kórházból való távozásom alkalmával a kezelési és ápolási költségeket nem térítettem meg

.....-Ft összegben.

Elismerem és megerősítem, hogy a tartozásomat a követelésbehajtásra felhatalmazott Sigma RT (1387.Budapest Pf. 43. Magyarország) felszólítására feltétlenül megfizetem, amennyiben előbb nem rendeztem volna.

Dátum: .....

ellátott aláírása

1. tanú: .....

2. tanú: .....





**K Ö T E L E Z V É N Y**  
**magyar állampolgárok részére**  
**(Térítési díj ellenében igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról)**

Alulírott: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Személyi igazolvány száma:.....

Lakcíme:.....

Elismerem, hogy.....év..... hó..... napjától kezdődően

..... év ..... hó ..... napjáig (összesen ..... ápolási napon át) a  
Karolina Kórház-Rendelőintézetben (Mosonmagyaróvár, Régi Vámház tér 2-4.) egészségügyi  
ellátásban részesültem.

Az ápolás során felmerült.....,-Ft, azaz .....  
forint ápolási díjat távozásom alkalmával nem egyenlített ki.

Az ellátással kapcsolatosan felmerült fenti összeget tartozásként elismerem, és kötelezem magam,  
hogy annak kiegyenlítéséről a mellékelt átutalási postautalványon 30 napon belül gondoskodom,  
ellenkező esetben az intézmény hatósági úton jár el a tartozás behajtása érdekében, és késedelmes  
fizetés esetére a Ptk. szerint meghatározott kamatot köti ki.

Elismerem, hogy fizetési kötelezettségemről előzetesen tájékoztatást kaptam.

Mosonmagyaróvár,.....év.....hó..... nap

ellátott aláírása

Tanú 1.....

Tanú 2 .....

Készült: 2 pld.-ban: 1. pld. Ellátott,  
2.pld.Pénzügyi osztály



**5. számú melléklet a 18/1998. (VI. 3.) NM rendelethez**  
**Orvosi igazolás szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására végzett vizsgálatok**  
**eredményéről**

Családi név: .....

Utónév: .....

Születési hely, idő: .....

Lakó- és tartózkodási hely: .....

Személyazonosságot igazoló okmány és száma: .....

**a) Syphilis (vérbaj) irányában elvégzett vizsgálat eredménye negatív**

Mintavétel időpontja (év/hó/nap): .....

**b) Gonorrhoea (kankó, tripper) irányában elvégzett vizsgálat eredménye negatív**

Mintavétel időpontja (év/hó/nap): .....

**c) HIV irányában elvégzett vizsgálat eredménye negatív**

Mintavétel időpontja (év/hó/nap): .....

**d) szexuális úton terjedő chlamydia fertőzés irányában elvégzett vizsgálat eredménye negatív**

Mintavétel időpontja (év/hó/nap): .....

**e) hepatitis B vírushordozás irányában elvégzett vizsgálat eredménye negatív**

Mintavétel időpontja (év/hó/nap): .....

Hepatitis B elleni védőoltásban részesült/nem részesült

Nevezettnél a fenti fertőzésekre vonatkozóan, fertőző megbetegedés és kórokozó-hordozó állapot nem került kimutatásra.

A vizsgálatok időpontját követően a fertőzés lehetősége nem zárható ki.

...

Kiállítás helye, ideje: .....

a bőrgyógyász szakorvos aláírása és pecsétje



**I G A Z O L Á S**  
**hatósági megkeresésre történő véralkohol vizsgálatról,**  
**fogvatartottak befogadás előtti orvosi vizsgálatáról illetve látletet**  
**készítéséről (tsz. 5.5 ponthoz)**

Alulírott igazolom, hogy (Név.: .....

Adóazonosító szám: .....

TAJ szám: .....

Lakcím: .....

személy vonatkozásában a Karolina Kórház-Rendelőintézetben (Mosonmagyaróvár, Régi Vámház tér 2-4.) az alábbi egészségügyi szolgáltatást hatósági megkeresésre elvégeztem (a megfelelő rész X-el jelölendő):

Alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vér- és vizeletvételel **4 800 Ft**

Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett:

vérvétel **3 200 Ft**

vizeletvételel **1 600 Ft**

Látletet készítése és kiadása **3 500 Ft**

Fogvatartottak befogadás előtti orvosi vizsgálata **3 500 Ft**

Megkereső hatóság:  Rendőrség  Határőrség  Egyéb: .....

Vizsgálat napja: .....

Mosonmagyaróvár, .....év .....

.....  
hatóság részéről szolgáltatást igazoló neve  
(nyomtatott betűkkel)

.....  
szolgáltatást végző aláírása,  
bélyegzője

.....  
hatóság részéről szolgáltatást igazoló aláírása,  
nyilvántartási száma

Készült 2 pld.-ban: 1 pld. megkereső hatóság, 1 pld. pénzügyi osztály



## **Kiemelt pénzkezelési helyek**

Diszpécser szolgálat  
Rendelőintézet kartonozó  
Laboratórium és véradó  
Központi képalkotó diagnosztikai osztály  
„C” épület Tüdőgondozó kartonozó  
„D” épület Bőrgyógyászati kartonozó  
Sürgősségi betegfogadóhelyek  
„E” épület Rehabilitáció kartonozó



## NYILATKOZAT

(havi törlesztő részlet nagyságáról)

Alulírott .....(név) .....(cím)  
alatti lakos a jelen nyilatkozat kitöltésével kötelezettséget vállalok arra, hogy a SIGMA Kötelezettség  
Zrt. által részemre felajánlott részletfizetési kedvezmény szerint a Karolina Kórház Rendelőintézettel  
szemben fennálló tartozásomat az alábbi részletekben megfizetem.

\*ÜGYSZÁM: .....

\*A teljes tartozás összege:.....

**\*Az általam vállalt havi törlesztő részlet nagysága:..... Ft.**

**\*\*Futamideje: ..... Ft.**

Tudomásul veszem, hogy egy részletfizetés elmulasztása esetén a tartozás egy összegben esedékessé  
válík.

Kelt, Mosonmagyaróvár, .....

aláírás

Tanú 1:

Tanú 2.:

\* SIGMA Követeléskezelő Zrt. tölti ki! \*\*  
Futamidő nagysága maximum 5 hónap.



## NYILATKOZAT

Alulírott ..... (adóazonosító: .....  
beosztás: ..... munkahely: .....) a  
„Pénzkezelési szabályzatban”, valamint a „ A térítési díjak megállapítása, nyilvánosságra hozatalának  
és befizetésének rendjéről” szóló szabályzatban foglaltakat, megismertem, a benne foglaltakat  
megértettem, tudomásul veszem és betartom. Változásait a kórházi intraneten figyelemmel kísérem.

Mosonmagyaróvár,.....

.....  
munkavállaló aláírása



## Egészségügyi Dokumentáció Kikérő Lap

*Kérelmező tölti ki!*

### 1. Beteg adatai (ellátásban részesült személy):<sup>1</sup>

Név: .....  
Születéskori név:.....  
Születési hely és idő: .....  
Lakcím:.....  
Anyja neve: ..... TAJ száma:.....

### 2. Adatkérő (kérelmező) adatai:<sup>2</sup>

Név: .....  
Születési hely és idő: .....  
Anyja neve: .....  
Lakcím/Értesítési cím:.....  
Telefon száma:.....E-mail cím:.....

### 3. Meghatalmazás hiányában kitöltendő további adatok:

#### 3.1 Házastárs, egyenesági rokon, testvér, élettárs kérelmező esetén az alábbi adatok:

Hozzá tartozó minőségének igazolása/rokonsági fok megjelölése:  
.....  
Személyazonosságot igazoló okirat megnevezése, száma:.....

A kérés indoka rövid indoka:  
.....

#### 3.2 Elhunyt beteg dokumentációja esetén az alábbi adatok:

Törvényes képviselő, közeli hozzátartozó vagy örökös jogosultságának igazolása (pl.: örökösi minőséget igazoló okirat jellege, száma):  
.....

### 4. A kért egészségügyi dokumentációra vonatkozó adatok:

#### 4.1 A keletkezés helye, ideje:

Ellátó osztály/szakrendelés neve: .....  
Időpont/időszak: .....

<sup>1</sup> Amennyiben az ellátásban részesült személy (beteg) és a kérelmező személy azonos, a 2. és 3. pontban szereplő adatokat nem kell kitölteni.

<sup>2</sup> Minden olyan esetben kitöltendő, ha a kérelmező nem saját egészségügyi dokumentáció másolatát kéri. A 3. pontban megnevezett jogosultak kivételével a kérelem érvényességéhez a beteg ellátásának ideje alatt a beteg által adott írásbeli meghatalmazás, az ellátás befejezését követően a beteg által adott teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás szükséges, amelyet a KÉRELEMHEZ CSATOLNI SZÜKSÉGES!

#### 4.2 A kért dokumentum terjedelme, típusa (a megfelelő rész X-szel jelölendő):

4.2.1 Teljes egészségügyi dokumentáció:



- 4.2.2 Nem teljes egészségügyi dokumentáció:
- Zárójelentés fénymásolata
  - Ambuláns lap fénymásolata
  - Boncolási jegyzőkönyv
  - Ápolási dokumentáció
  - Műtéti leírás
  - Születési órára és percre vonatkozó leírás
  - Képalkotó diagnosztikai lelet
  - Képalkotó diagnosztikai felvétel CD/DVD-n
- Megnevezése: .....
- Egyéb dokumentum: .....

**5. Az egészségügyi dokumentációról elkészített másolat kiadásának módja (a megfelelő rész X-szel jelölendő): vonatkozó adatok:**

- Személyes átvétel:
- Postai úton, utánvétellel, amennyiben a személyazonosság ellenőrzése a Kórházban már megtörtént.

Postacím: .....

**6. Egyéb megjegyzés:** .....

**7. A betegdokumentáció beszerzése és annak másolása az iratanyag terjedelmétől is függhet, így kb. 30 nap, sürgős esetben 3 munkanap.**

**8. Tájékoztatás**

Jelen egészségügyi dokumentáció kikérő lapon feltüntetett személyes adatok kezelése csak és kizárólag az ellátásban részesülő személy egészségügyi dokumentációjának kikérése céljából, az adatkérő önkéntes hozzájárulása alapján történik. A kiadott dokumentumok másolását igazoló kérelmek és űrlapok megőrzési ideje 5 év.

**A kérelem benyújtásával kapcsolatosan a kérelmező tudomásul veszi, hogy a fénymásolt egészségügyi dokumentációt első alkalommal térítésmentesen, az azt követő esetekben az intézmény mindenkor hatályos Térítési díjszabályzata alapján díjfizetési kötelezettséget von maga után.**

A GDPR 15. cikk (3) bek. alapján, az adatkezelő az adatkezelés tárgyát képező személyes adatok másolatát (első esetben térítésmentesen) az érintett rendelkezésére bocsátja. További másolatok kikérése térítésköteles a 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet „térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról” szülő jogszabály alapján.

(A térítési díjat ez utóbbi esetben Intézetünk Házipénztárában kell befizetni.)

A másolat sürgősségi úton történő kiadása esetén az Intézet a Térítési Díj Szabályzatban foglaltak alapján eltérő költségösszeget állapíthat meg. A másolat postai úton történő kiadása esetén a postaköltségek a kérelmezőt terhelik.

Alulírott Adatkérő a fentiekben ismertetett tájékoztatásban foglaltakat elolvastam, megértettem, személyes adataim kezeléséhez hozzájárulok, továbbá büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy az általam megadott adatok helyesek, az adatkérésre jogosult vagyok!

A kérelem beadásának dátuma: .....

.....  
kérelmező aláírása





*Intézmény tölti ki!*

**9. A dokumentáció másolatának kiadását engedélyezem/nem engedélyezem.**

Elutasítás indoklás:

.....

Kelt:

P.H.

.....

....

engedélyező aláírása.

Kalkuláció:	Fizetendő összeg:
Oldalak száma:	Bevételi pénztárbizonylat száma:
Dok./Adatszolg. költsége:	Befizetés kelte:

Dokumentáció kiadásának ideje: .....

.....

.....

Másolatot átadó személy

Másolatot átvevő személy



## MEGHATALMAZÁS

Alulírott.....jelen meghatalmazással meghatalmazom  
.....(név, lakóhely) szám alatti  
lakost, hogy a gyógykezeléssel kapcsolatban készült, fentiekben meghatározott  
dokumentum(ok)ról másolatot kérjen, azokba betekinthesen.

Dátum: 20.....év.....hó.....nap

.....  
**meghatalmazó**

A fenti meghatalmazás elfogadom.

Dátum: 20.....év.....hó.....nap

.....  
**meghatalmazott**

**Előttünk, mint tanúk előtt:**

Név:

.....

Lakcím:

.....

Aláírás:

.....

Név:

.....

Lakcím:

.....

Aláírás:

.....



## **Tájékoztató a magyar egészségbiztosítás szolgáltatásainak nyújtására szerződött szolgáltatók számára az Európai Gazdasági Térség tagállamaiból, Svájcból valamint Magyarországgal egészségügyi ellátásra vonatkozó egyezményt kötött államokból érkező személyek egészségügyi ellátásáról**

A tájékoztató megküldésének célja, hogy összefoglaljuk az ebben a körben lehetséges ellátási lehetőségeket, az egyes ellátások esetén a beteg által kötelezően szolgáltatandó dokumentumokat, a térítés módját illetve az adatszolgáltatási módokat. A magyarországi egészségügyi szolgáltatók a külföldről érkező személyeket az alábbi jogosultságigazolások alapján láthatják el.

A külföldön igénybevett, tervezett egészségügyi ellátások igénybevételi formáit összefoglaló 2011/24 EU irányelv hazai implementálása alapján megjelent és 2013. október 25-én hatályba lépett a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013.(IX.25.) Korm. rendelet.

### **1. Európai Egészségbiztosítási Kártya és Ideiglenes Kártyahelyettesítő Nyomtatvány – Orvosilag szükséges ellátás**

#### **Bevezetés**

Az Európai Gazdasági Térség tagállamainak állampolgárai és a svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek részére ideiglenes magyarországi tartózkodásuk során az orvosilag szükséges egészségügyi szolgáltatás Európai Egészségbiztosítási Kártya (a továbbiakban: EU-Kártya) alapján nyújtandó. Az EUkártya alapján nyújtott ellátás feltételei és szabályai az új kormányrendelet hatályba lépésével nem változtak!

#### **Kik vehetnek igénybe ellátást EU-Kártyával?**

Az alábbi tagállamok állampolgárai, biztosítottjai vehetnek igénybe orvosilag szükséges ellátást Európai Egészségbiztosítási Kártyával:

**Ausztria, Bulgária, Belgium, Ciprus, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Horvátország, Hollandia, Írország, Izland, Lengyelország, Lettország, Liechtenstein, Litvánia, Luxemburg, Málta, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szlovákia, Szlovénia**

#### **Az EU-Kártya külalakja**

Az EU-Kártyát az Európai Gazdasági Térség minden tagállama saját hivatalos nyelvén állítja ki, a kártya külalakja azonban az Európai Bizottság által kiadott szabványokhoz igazodik. Az Európai Egészségbiztosítási Kártya lehet különálló kártya, de rákerülhet a nemzeti kártya hátoldalára is. Az EU-Kártyán szereplő mezők számozása és elnevezése minden esetben állandó, amely alapján annak tartalma minden esetben beazonosítható.

Az EU-Kártya jobb felső sarkában, az európai szimbólum közepén (12 ötagú csillag – kivéve Norvégia, Izland, Liechtenstein és Svájc esetében, melyek az európai szimbólumot nem alkalmazzák) található a kibocsátó ország kétjegyű kódja (az országkódokat lásd az 1. számú mellékletben).

- 3. mező: vezetéknev
- 4. mező: utónevek
- 5. mező: születési idő (nap/hónap/év)
- 6. mező: társadalombiztosítási azonosító szám
- 7. mező: a kibocsátó intézmény azonosító száma és betűjele
- 8. mező: kártyaazonosító szám (az adott kártya sorszáma)
- 9. mező: a kártya érvényességének utolsó napja – az ellátás a 9. mezőben jelzett időponttól az EU-Kártya alapján nem nyújtható.

**Megjegyzés: az Európai Egészségbiztosítási Kártya külalakjára vonatkozó szabályok csupán a kártya egyik oldalát érintik. Az EU-Kártyát kibocsátó teherviselő a kártya hátoldalának képeről és tartalmáról szabadon dönt.**

**Figyelem!** Az Európai Bizottság határozata alapján csak olyan Európai Egészségbiztosítási Kártya használható ellátás igénybe vételére való jogosultság igazolásaként, amelyen minden fentiekben felsorolt mező **SZEMMEL OLVASHATÓ FORMÁTUMBAN** hiánytalanul kitöltésre került.

**A csillagozott, vagy más helyettesítő karakterrel feltöltött mezőket tartalmazó kártya NEM ÉRVÉNYES Európai Egészségbiztosítási Kártya!**

Ilyen kártya felmutatása esetén az egészségügyi ellátást fizető-kötelezettként kell nyújtani, illetve vény írás esetén a vényen szereplő TAJ, ENY valamint EU mezőket üresen kell hagyni, és a felírt gyógyszer/gyógyászati segédeszköz/gyógyászati ellátás csak ártámogatás nélkül, teljes áron rendelhető el.

Minta az Európai Egészségbiztosítási Kártyára

A feliratok szövege:

- Vezetéknev
- Utónevek
- Születési idő
- Társadalombiztosítási azonosító jel
- Intézmény azonosító száma
- Kártya azonosító szám
- Lejárat ideje

**A feliratok elhelyezkedése különálló Kártya esetén:**

3. Vezetéknev

4. Utónevek

5. Születési idő

6. Társadalombiztosítási azonosító jel

7. Az intézmény azonosító száma

8. Kártya azonosító szám

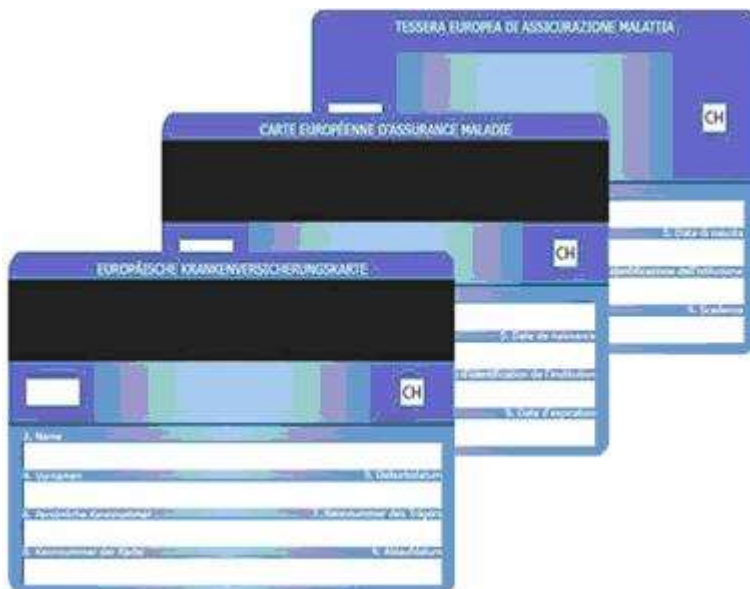
9. Lejárat ideje

## Szabvány(1) – különálló kártya



## Szabvány (2) – a nemzeti kártya hátoldalán szereplő kártya



**Szabvány (3) – Chippel ellátott kártya****Szabvány (4) – Svájcban kiadott kártya**

**Figyelem!** Az Európai Bizottság által meghatározott szabvány nem terjed ki a Kártya másik oldalára. A Kártya másik oldalát és annak tartalmát a kibocsátó intézmény teljesen szabadon határozza meg. A másik oldal lehet nemzeti vagy regionális egészségügyi kártya (Németország, Olaszország, Csehország, Ausztria), de tartalmazhat közérdekű tájékoztatást is (Lengyelország, Egyesült Királyság). Európai Egészségbiztosítási Kártyával/kártyahelyettesítő nyomtatvánnyal történő betegellátás esetén, a teljesítményjelentés részeként kitöltendő **E-adatlap kitöltési útmutatójában található.**

**A Kártyahelyettesítő Nyomtatvány**

Amennyiben az EU-Kártya kiadása valamilyen okból, átmenetileg nem lehetséges, az illetékes egészségbiztosítási intézmény ún. Kártyahelyettesítő Nyomtatványt ad ki. A Kártyahelyettesítő Nyomtatvány alkalmazására, valamint a nyomtatvánnyal kapcsolatos nyelvhasználatra ugyanazok a szabályok vonatkoznak, mint az EU-Kártya esetében.

**A Kártyahelyettesítő Nyomtatvány tartalmi elemei:**

- Vezetéknév
- Keresztnév
- Születési dátum
- Biztosítási szám
- Külföldi biztosító azonosító száma
- Igazolás érvényességének kezdete
- Igazolás érvényességének vége

**A Kártyahelyettesítő Nyomtatvány magyar nyelvű mintapéldányát alább tekintheti meg:**

**AZ EURÓPAI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI KÁRTYÁT HELYETTESTŐ IGAZOLÁS**

*A Magyar Munkavállalók Szociális Biztonságával Foglalkozó Igazgatási Bizottságának az Európai Egészségbiztosítási Kártya műszaki leírásával kapcsolatos 2003. június 18-i 190. számú határozata alapján*

*Formanyomtatvány azonosítója*

*Kibocsátó ország*

1. E-

2. HU

*A kártyabirtokos adatai*

3. Név:

4. Utónév:

5. Születési idő:     \_/\_/\_\_\_

6. Személyi azonosító szám:     \_/\_/\_\_\_

*Az illetékes intézménnyel kapcsolatos információk*

7. Intézmény azonosító száma:     \_\_\_\_\_

*A kártyával kapcsolatos információk*

8. Kártya azonosító szám:     \_\_\_\_\_

9. Lejárat ideje:     \_/\_/\_\_\_

*Az igazolás érvényessége*

a)     \_/\_/\_\_\_ –től/től

b)     \_/\_/\_\_\_ -ig.

*Az igazolás kiállításának időpontja*

c)     \_/\_/\_\_\_

*Az intézmény aláírása és pecsétje*

d) \_\_\_\_\_

*Megjegyzések és információk*

*As Európai Kártyán szabad szemmel olvasható adatokra – beleértve az adatmezők leírását, értékét, hosszúságát, és jellemzőit – vonatkozó minden szabványt alkalmazni kell az okmány esetében is.*

### **Az EU-Kártyával igénybe vehető ellátások köre**

A fenti igazolásokkal Magyarországon a külföldi egészségbiztosítás terhére vehetők igénybe azok az egészségügyi szolgáltatások, amelyek

- a magyarországi átmeneti tartózkodás során,
- orvosilag szükségessé válnak.

Ennek megfelelően a külföldi biztosított az EU-Kártyával (vagy Kártyahelyettesítő Nyomtatvánnyal) közvetlenül a magyar egészségbiztosítással szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatóhoz fordul, akinek az EU-Kártya/Kártyahelyettesítő Nyomtatvány alapján úgy kell ellátnia a külföldi biztosítottat, mintha magyar biztosított lenne.

Az érvényes EU-Kártya/Kártyahelyettesítő Nyomtatványt bemutató külföldi biztosítással rendelkező beteg részére kötelezően nyújtandók a szükséges ellátások, az ellátás költségeinek megtérítésére a beteg nem kötelezhető. Az orvosi szükségesség fennállásáról elsődlegesen – a körülmények mérlegelésével – a kezelőorvos dönt. Orvosilag szükségesnek azonban nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülhetnek. Orvosilag szükséges ellátásnak minősül minden olyan ellátás, amely nem halasztható a másik tagállamba történő visszatérésig. Amennyiben az igényelt ellátást – a beteg állapotára való tekintettel – nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a szolgáltatónak figyelembe kell vennie, hogy az illető személy milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni. Amennyiben az illető személy nem rendelkezik EGT állampolgárok részére kiadott tartózkodási engedéllyel (tartózkodási kártya/regisztrációs igazolás), csak azon szolgáltatások nyújtandók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. Egyéb esetekben a tartózkodási kártya/regisztrációs igazolás, illetve az igazolás (EU-Kártya) érvényességének lejártát kell figyelembe venni.

Az Európai Bizottság határozatai értelmében átmeneti magyarországi tartózkodás során az alábbi ellátásokat minden esetben az EU-Kártya alapján nyújtandó szükséges ellátásnak kell minősíteni:

- dialízis
- oxigénterápia
- speciális asztmakezelés
- kemoterápia
- szülés, a szüléshez és anyasághoz kapcsolódó ellátások.

**Megjegyzés: az EGT ill. svájci biztosított Magyarországon született gyermeke részére a szükséges ellátások a szülést követő 3. hónapig az anya EU-Kártyája alapján nyújtandók, az ellátásokat az EU-Kártya adataival kell jelenteni.**

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya nem használható fel akkor, ha a biztosított valamilyen egészségügyi szolgáltatás igénybe vételének céljából utazott Magyarországra.



## **Jelentés**

Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján az OEP előzetesen megtéríti, és a nemzetközi elszámolások során a külföldi biztosítóval utólagosan megtéríteti. A teljesítményjelentés az eddigiekben alkalmazott jelentési szabályok szerint történik „E” térítési kategória megjelölésével.

### **Irányadó jogszabályok**

- A szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet. 19. cikke
- A 883/2004/EK rendelet végrehajtásáról szóló 987/2009/EK rendelet 25. cikke
- A Bizottság S3. határozata

## **2. S2 vagy E112 nyomtatvány – tervezett ellátás**

### **Bevezetés**

A szociális biztonsági koordinációs rendeletek alapján az Európai Gazdasági Térség tagállamainak állampolgárai és a svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek egészségbiztosítójuk engedélye alapján jogosultak más tagállamban tervezetten egészségügyi szolgáltatást igénybe venni.

### **Kik vehetnek igénybe ellátást EU-Kártyával?**

**Az alábbi tagállamok állampolgárai, biztosítottjai vehetnek igénybe tervezett ellátást:**

#### **S2/E112 nyomtatvánnyal:**

**Ausztria, Bulgária, Belgium, Ciprus, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Horvátország, Hollandia, Írország, Izland, Lengyelország, Lettország, Liechtenstein, Litvánia, Luxemburg, Málta, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szlovákia, Szlovénia.**

#### **Az S2 vagy E112 nyomtatvány alapján nyújtható ellátások**

Az E112 vagy S2 jelű egészségügyi szolgáltatásra jelentkező személy a nyomtatványon megjelölt szolgáltató (amennyiben meg van jelölve), illetve ellátás esetében ugyanolyan feltételek mellett jogosult az igénybevételre a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál, mint a magyar biztosítottak. Amennyiben a nyomtatványon sem szolgáltató, sem konkrét ellátás nincs megjelölve, az érvényességi időn belül bármilyen egészségbiztosítási szolgáltatás nyújtható a jogosult részére. A nyomtatványt az Európai Gazdasági Térség minden tagállama saját hivatalos nyelvén állítja ki. Az S2 vagy E112 jelű nyomtatvány funkcióját tekintve nem más, mint a külföldi biztosító által kiállított költségátvállalást tanúsító igazolás.

#### **Az S2 vagy E112 nyomtatvány külalakja**

Az S2 mintáját az 5. számú melléklet, az E112 nyomtatvány mintáját az 6. számú melléklet tartalmazza.

**Kötelező adattartalmuk:****S2 jelű nyomtatvány**

- Vezetéknév
- Keresztnév
- Születési dátum
- Biztosítási szám
- Külföldi biztosító azonosító száma
- Külföldi biztosító neve
- Külföldi Biztosító címe
- Érvényes biztosítás szerinti ország
- Igazolás érvényesség kezdete
- Igazolás érvényesség vége

**E112 jelű nyomtatvány**

- Keresztnév
- Születési dátum
- Biztosítási szám
- Külföldi biztosító azonosító száma
- Külföldi biztosító neve
- Külföldi Biztosító címe
- Érvényes biztosítás szerinti ország
- Igazolás érvényesség kezdete
- Igazolás érvényesség vége

**Jelentés**

Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján az OEP előzetesen megtéríti, és a nemzetközi elszámolások során a külföldi biztosítóval utólagosan megtéríteti. A teljesítményjelentés az eddigiekben alkalmazott jelentési szabályok szerint történik „E” térítési kategória megjelölésével. E112 / S2 nyomtatvánnyal történő betegellátás esetén, a teljesítményjelentés részeként kitöltendő E-adatlap kitöltési útmutatójában található.

**Irányadó jogszabályok**

- A szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet 20. cikke.
- A 883/2004/EK rendelet végrehajtásáról szóló 987/2009/EK rendelet 26. cikke.

**3. Határon átnyúló ellátás a 2011/24/EU Irányelv alapján****Bevezetés**

A 2011/24/EU irányelv alapján az Európai Unió más tagállamainak betegei jogosultak Magyarországon tervezetten határon átnyúló egészségügyi ellátást igénybe venni.

**Milyen szolgáltatónál vehetnek igénybe ellátást?**

**A külföldi betegek mind a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál, mind magánszolgáltatónál jogosultak határon átnyúló (irányelvi) ellátást igénybe venni.**

**Milyen dokumentummal veheti igénybe a beteg az egészségügyi szolgáltatást**

**Magyarországon?**

A bejövő beteg a külföldi biztosító által kiállított olyan dokumentummal vehet igénybe határon átnyúló egészségügyi ellátást, amely az Európai Unió tagállambeli állampolgárságát vagy az egészségügyi ellátásra való jogosultságát hitelt érdemlően bizonyítja.

**Ellátás igénybe vételéhez szükséges igazolások és kötelező adattartalmuk****Személyazonosságot igazoló okmány**

- Vezetéknév
- Keresztnév
- Születési dátum

és

**EGT tagállamban fennálló biztosítást igazoló biztosítási kártya vagy nyomtatvány**

- Vezetéknév
- Keresztnév
- Születési dátum
- Érvényes biztosítás szerinti ország
- Biztosítási szám
- Külföldi biztosító neve

**Az ellátás nyújtásának módja**

A határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében fokozottan érvényesül az „egyenlő elbánás elve”, azaz a külföldről érkező személyek azonos elbírálás alá esnek a magyar egészségügyi ellátásra jogosult személlyel. Példaként említhető, hogy abban az esetben, ha a külföldi személy olyan ellátást szeretne igénybe venni, amely a magyar jogosult számára is várólista szerinti besorolás alapján történhet meg, úgy ez a külföldről érkező jogosultsággal rendelkező személyre is érvényes szabály. A kezelés természetétől függően beutaló vagy orvosi dokumentáció bemutatása is szükséges lehet. A beutalót kiállíthatja egy másik EU tagállam egészségügyi szolgáltatója, vagy egy magyar szolgáltató. A beutaló elfogadását az egészségügyi szolgáltató akkor tagadhatja meg, ha az az egészségügyi szolgáltató számára nem érthető vagy nem nyújt elég információt a beteg egészségi állapotáról és az ennek alapján orvosilag szükséges beavatkozások köréről. A beutalóhoz nem kötött szakellátások esetében az uniós beteg ellátását nem lehet megtagadni arra hivatkozva, hogy vonatkozásában az egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkezik. Az egészségügyi szolgáltató csak akkor tagadhatja meg az uniós beteg ellátását, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az uniós beteg fogadása veszélyezteti. Az elutasítást ilyen esetben írásban meg kell indokolni.

**Milyen áron kell nyújtani az ellátást?**

Az ellátás költségeit a külföldi beteg fizeti meg. A bevétel az egészségügyi szolgáltató saját bevételét képezi. Ez a térítési díj nem térhet el attól a díjtól, amelyet a hazai beteg ellátásáért

közfinanszírozott                      szolgáltatók                      esetében                      az                      OEP,

magánszolgáltatás keretében nyújtott ellátások esetében a szolgáltató által meghatározott szabályzat alapján a hazai beteg térít.

**Az irányelv alapján nyújtott ellátásról a magyar közfinanszírozott szolgáltató az alábbi táblázat szerinti adatszolgáltatást köteles teljesíteni:**

	<b>Külföldi beteg ellátás a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében</b>
Térítési kategória	T = uniós beteg részére magyar egészségügyi szolgáltató által határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett ellátás (bejövő beteg)
Finanszírozás forrása, módja	a. az uniós beteg ellátásának rendjét és a finanszírozás módját a 217/1997. (XII. 1.) Korm. Rendelet 5/D §-a szabályozza b. a külföldi beteg közvetlenül finanszírozza a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 50/A § alapján meghatározott mértékben az ellátás díját a magyar szolgáltató részére
Jelentés a hazai teljesítmény elszámolási rendszerben	A szolgáltató a határon átnyúló egészségügyi ellátás monitoringja érdekében a 43/1999. (III. 3.) Korm. Rendelet megfelelő teljesítmény elszámolási adatlapján „T” térítési kategóriában jelenti az ellátott esetet.

### **Eljárás magyar biztosított külföldi gyógykezelése esetén**

Amennyiben a beteg az OEP-től külföldi gyógykezelésre engedélyt kapott, a beteg kezelőorvosa a külföldi gyógykezelést követően köteles a külföldi gyógykezelés eredményességének felülvizsgálatát elvégezni és a 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet 7. számú mellékletét kitölteni. Amennyiben a beteg uniós rendeletek alapján kapott engedélyt és rendelkezik S2 igazolással, az ellátást „V” térítési kategóriába, amennyiben határon átnyúló ellátásra kapott engedélyt, „Y” térítési kategóriába kell jelezni.

### **Irányadó jogszabályok**

- A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 18.§
- A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet 12/A. §
- A külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet.

#### 4. Egészségügyi ellátás egyezmények alapján

##### **Ukrán állampolgárok ellátása**

Az ukrán állampolgárok átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat útlevel felmutatásával vehetik igénybe.

Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján az OEP előzetesen megtéríti. A teljesítményjelentés az eddigiekben alkalmazott jelentési szabályok szerint történik „3” térítési kategória megjelölésével.

##### **Orosz állampolgárok ellátása**

2020. december 1. napjától az orosz állampolgárok átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt heveny megbetegedés és **sürgős szükség** esetén egészségügyi ellátásokra **nem jogosultak** a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál térítésmentesen.

Amennyiben orosz állampolgár magyarországi tartózkodása alatt egészségügyi ellátást vesz igénybe, annak összegét a szolgáltató által meghatározott térítési díj megfizetésével egyidejűleg teheti meg.

Orosz állampolgárok 2020. december 1. napjától igénybe vett ellátásai a továbbiakban nem jelenthetők „3”-as (államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás) térítési kategóriában.

##### **Macedón és koszovói biztosítottak ellátása**

A koszovói állampolgárok átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat, a magyar-jugoszláv szociálpolitikai egyezmény értelmében, útlevel felmutatásával vehetik igénybe.

Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján a NEAK előzetesen megtéríti. A teljesítményjelentés az eddigiekben alkalmazott jelentési szabályok szerint történik „3” térítési kategória megjelölésével történik.

A magyar-macedón szociális biztonsági egyezmény alapján, a macedón biztosítottak Magyarországon – a megfelelő jogosultságigazolás birtokán – sürgősségi és tervezett ellátásokat is igénybe vehetnek. Az ellátások jelentése „E” térítési kategóriában történik.

##### **Bosnyák, montenegrói, és szerbiai biztosítottak ellátása**

A bosnyák, montenegrói, és szerbiai biztosítottak átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat a bosnyák biztosítottak a BH/HU111 nyomtatvánnyal (9. számú melléklet), a montenegrói biztosítottak a CG/HU111 nyomtatvánnyal (11. számú melléklet), a szerbiai biztosítottak az SRB/HUN 111 nyomtatvánnyal (16. számú melléklet) vehetik igénybe. Mind a bosnyák, mind a montenegrói, és szerbiai biztosítottak tervezetten is igénybe vehetnek ellátást Magyarországon, amennyiben rendelkeznek BH/HU112, ill. CG/HU112, valamint SRB/HUN 112 nyomtatvánnyal. (10. 13. és 17. sz. melléklet).

**Ellátás igénybe vételéhez és elszámoláshoz szükséges igazolások és kötelező adattartalmuk a montenegrói, a bosnyák, valamint a szerbiai biztosítottak esetén**

##### **CG/HU 111 jelű nyomtatvány**

- Vezetéknév
- Keresztnév
- Születési dátum
- Biztosítási szám

- Külföldi biztosító azonosító száma
- Külföldi biztosító neve
- Külföldi Biztosító címe
- Érvényes biztosítás szerinti ország (kizárólag Montenegró lehet)
- Igazolás érvényesség kezdete
- Igazolás érvényesség vége

#### **BH/HU 111 jelű nyomtatvány**

- Vezetéknév
- Keresztnév
- Születési dátum
- Biztosítási szám
- Külföldi biztosító azonosító száma
- Külföldi biztosító neve
- Külföldi Biztosító címe
- Érvényes biztosítás szerinti ország (kizárólag Bosznia-Hercegovina lehet)
- Igazolás érvényesség kezdete
- Igazolás érvényesség vége

#### **SRB/HUN 111 jelű nyomtatvány**

- Vezetéknév
- Keresztnév
- Születési dátum
- Biztosítási szám
- Külföldi biztosító azonosító száma
- Külföldi biztosító neve
- Külföldi Biztosító címe
- Érvényes biztosítás szerinti ország (kizárólag Szerbia lehet)
- Igazolás érvényesség kezdete
- Igazolás érvényesség vége

#### **Jelentés**

Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján az OEP előzetesen megtéríti, és a nemzetközi elszámolások során a külföldi biztosítóval utólagosan megtéríteti. A teljesítményjelentés az eddigiekben alkalmazott jelentési szabályok szerint történik „E” térítési kategória megjelölésével.

#### **Ellátás egészségügyi együttműködési egyezmények alapján**

##### **Hatályos egészségügyi együttműködési egyezmények:**

##### **Angola, Kuvait, Mongólia, Jordánia, Irak, Koreai Népi Demokratikus Köztársaság.**

Az egészségügyi együttműködési egyezmények alapján a fenti államok állampolgárait a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató ingyenes egészségügyi ellátásban részesíti heveny megbetegedés vagy halaszthatatlan orvosi beavatkozást igénylő helyzet esetén. Az ellátásra való jogosultságot az érintett állampolgárok útlevéllel tudják igazolni.

**Jelentés**

Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján az OEP előzetesen megtéríti. A teljesítményjelentés az eddigiekben alkalmazott jelentési szabályok szerint történik „3” térítési kategória megjelölésével.

Jogalap:

- A magyar-szovjet szociálpolitikai egyezmény végrehajtásáról szóló 7/1964. (VIII.30.) MüM rendelet
- A magyar-jugoszláv szociálpolitikai egyezményről szóló 1959. évi 20. sz. tvr. 11. cikke
- A magyar-bosnyák szociális biztonsági egyezményről szóló 2009. évi II. törvény 12. cikke
- A magyar-montenegrói szociális biztonsági egyezményről szóló 2008. évi LXXXII. törvény 12. cikke
- A magyar-szerb szociális biztonsági egyezményről szóló 2013. évi CCXXXIV. törvény 12. cikke
- 17/1984. (III. 27.) MT rendelet a magyar-angolai egészségügyi együttműködési egyezményről
- 14/1975. (V. 14.) MT rendelet a magyar-koreai egészségügyi együttműködési egyezményről
- 47/1978. (X. 4.) MT rendelet a magyar-iraki egészségügyi együttműködési egyezményről
- 15/1981. (V. 23.) MT rendelet a magyar-jordániai egészségügyi együttműködési egyezményről
- 29/1974. (VII.10.) MT rendelet a magyar-mongol egészségügyi együttműködési egyezményről
- 33/1979. (X. 14.) MT rendelet a magyar-kuvaiti egészségügyi együttműködési egyezményről
- a Magyarország és az Oroszországi Föderáció között a szociális biztonságról szóló Egyezmény kihirdetéséről szóló 2020. évi XIV. törvény

**Biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül igénybe vehető ellátások (alapsomag)**

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről  
A jogszabály 2022.03.04-én hatályos állapota.

**142. §\*** (1) Az állam a (2)-(5) bekezdésben foglaltak figyelembevételével - az éves költségvetési törvényben meghatározott módon - a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében biztosítja a megfelelő szintű és minőségű egészségügyi ellátások működésének fedezetét.

(2)\* Az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül, az e törvényben és a külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével - az alapsomag részeként - kell biztosítani a Magyarország területén tartózkodó személy részére

a) a járványügyi ellátások közül

aa) a kötelező védőoltást (kivéve a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltást),

ab) a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatot,

ac) a kötelező orvosi vizsgálatot,

ad) a járványügyi elkülönítést,

ae) a fertőző betegek szállítását,

b) a mentést, amennyiben az adott személy a 94. § (2) bekezdése szerint azonnali ellátásra szorul,

c) sürgős szükség esetén a külön jogszabályban meghatározott ellátásokat.

(3) Ha törvény kivételt nem tesz, az e törvényben foglalt ellátások és feladatok közül a központi költségvetésben kell biztosítani

a) a (2) bekezdés a) pontjában meghatározott ellátások,

b) a (2) bekezdés b) és c) pontjában meghatározott ellátások máshonnan meg nem térülő,

c) a Magyarországon lakóhellyel rendelkező várandós és gyermekágyas anya részére a család- és nővédelmi gondozás keretében

ca) az egészségi állapotának védelmét és magzata egészséges fejlődésének ellenőrzését szolgáló szűrővizsgálatok,

cb) a magzat egészséges fejlődését biztosító életmódról való tájékoztatás,

cc) a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítés,

d) az (5) bekezdésben meghatározott személy részére az állami érdekből végzett orvosbiológiai kutatások keretén belüli gyógyító célú eljárások alkalmazásával kapcsolatos ellátások,

e)\* a Magyarországon tartózkodó személy elhalálozását követően a halottvizsgálat, illetve a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal összefüggő ellátások,

f) a vérellátás megszervezése, valamint a vér rendelkezésre állása,

g) a 35-36. §-ban foglalt népegészségügyi feladatok,

h) az elsődleges megelőzést szolgáló népegészségügyi feladatok közül a g) pontban foglaltakon túl az egészség fejlesztése, az egészségnevelés szervezése, a családtervezési tanácsadás,

i)\* az egészségügyi válsághelyzeti ellátás,

j) a Magyarországon lakóhellyel rendelkező személy részére nyújtott, a 196. § b) és c) pontja szerinti sürgősségi és kötelező gyógykezelés máshonnan meg nem térülő,

k)\* az egészségügyi ágazati szakmai képzések támogatásának,

l) az e törvény alapján az államot terhelő kártalanítási kötelezettségek teljesítése,

m) az e törvény alapján az államot terhelő megtérítési kötelezettségek teljesítése [70. §], valamint

n) a külön törvényben vagy törvényi felhatalmazás alapján kormányrendeletben meghatározott feladatok költségének fedezetét.

(3a)\* Az egészségbiztosítási szerv - az E. Alapnak e címen adott költségvetési hozzájárulás előirányzatának erejéig - finanszírozza az adott egészségügyi szolgáltatásra meghatározott finanszírozási rendszer szerint

a) a (2) bekezdés a) pontja alapján végzett szolgáltatásokat, amennyiben a kötelezően elrendelt járványügyi intézkedést az egészségbiztosítási szervvel szerződött egészségügyi szolgáltatónál foganatosítják,

b) az a) pont szerinti ellátásokkal összefüggő egészségügyi szolgáltatásokat,

c) a (3) bekezdés b) pontjában meghatározott ellátások máshonnan meg nem térülő költségét,

d) a (3) bekezdés c) pontjában foglalt szolgáltatásokat, és

e) a (3) bekezdés g) pontja alapján végzett egészségügyi szolgáltatásokat.



(4) Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésén keresztül kerül biztosításra a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvényben (a továbbiakban: Ebtv.) meghatározott egészségbiztosítási ellátások fedezete.

(5) A (3) bekezdés *d*) pontja szerinti ellátásra - a központi költségvetés terhére - a Magyarországon lakó-, illetve tartózkodási hellyel rendelkező magyar állampolgár és a vele biztosítási jogviszony tekintetében egy elbírálás alá eső, továbbá nemzetközi szerződés alapján az ellátásra jogosult nem magyar állampolgár jogosult. Ha jogszabály másként nem rendelkezik, az egészségügyi ellátás finanszírozása tekintetében e törvény rendelkezéseit kell alkalmazni magyar állampolgár külföldön végzett szervtranszplantációjára is.

(6) Az az egészségügyi szolgáltatás, amely költségének fedezete e törvény és az Ebtv. alapján a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva, az egészségügyi szolgáltató által - külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével - meghatározott térítési díj ellenében vehető igénybe.

**A térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások Ebtv. 10.-17.§-a**

A jogszabály 2022.03.04-én hatályos állapota.

**II. Fejezet****AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSAI****1. Cím****Térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások<sup>46</sup>****I. A betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások**

**10. § (1)** A biztosított a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások keretében az alábbi vizsgálatokra jogosult:<sup>\*</sup>

*a)* az újszülött egészséges fejlettségét 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 fogazati rendellenességek felismerését célzó vizsgálatra, valamint a teljes fogazati státusz 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 ifjúságegészségügyi ellátás keretében végzett szűrővizsgálatokra;

*cb)*<sup>\*</sup>

*d)* a 18 éven felüli korosztály

*da)*<sup>\*</sup> az életkornak és nemnek megfelelő rizikófaktorok által indukált betegségek tekintetében az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében nevesített szűrővizsgálatokra az ott meghatározott gyakorisággal,

*db)*<sup>\*</sup> *a)* *bd)* pontban foglalt vizsgálatokra, ide nem értve a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa által végzett munkaköri alkalmasság megállapítására irányuló vizsgálatokat és az ahhoz szükséges további járóbeteg-szakellátásokat,

*dc)* évente egy alkalommal fogazati szűrővizsgálatra;

*e)*<sup>\*</sup> életkortól függetlenül sportegészségügyi vizsgálatokra, kivéve a hivatásos sportoló sportegészségügyi ellátását.

(2) A biztosított az (1) bekezdésben foglaltakon túl jogosult a betegsége várható következményeinek, illetve szövődményeinek korai felismerését célzó vizsgálatok elvégzésére is.

(3)<sup>\*</sup> Jogszabály a térítésmentes ellátásra való jogosultságot az (1) bekezdésben foglalt szűrővizsgálaton való részvételhez kötheti, illetve azok elmulasztása esetén az azzal összefüggő ellátások igénybevételét részleges térítési díjhoz kötheti.

(4)<sup>\*</sup> Az (1) bekezdésben foglalt szolgáltatások közül a biztosított a betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szolgáltatásokat - az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében meghatározott gyakorisággal - a biztosított kezdeményezésére vagy egészségügyi ellátása során, illetve a házi orvos vagy a kezelőorvos beutalása, továbbá a szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltató értesítése alapján veheti igénybe. A népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok esetében az értesítést a szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltató vagy az egészségügyi államigazgatási szerv küldi ki.

**II. Gyógykezelés céljából végzett ellátások***Házi orvosi ellátás*

**11. § (1)** A biztosított a házi orvosi, házi gyermekorvosi (a továbbiakban együtt: házi orvosi) ellátás keretében a (2) bekezdésben foglalt feltételekkel jogosult<sup>\*</sup>

*a)* az egészséges életmód segítségét szolgáló tanácsadásra és egészségi állapotának folyamatos figyelemmel kísérésére,

b)\* betegsége esetén a háziiorvosi rendelőben, illetve amennyiben egészségi állapota indokolja az otthonában történő orvosi vizsgálatra és gyógykezelésre - ideértve az ellátás során felhasznált, az elsősegély keretében alkalmazott gyógyszert (kivéve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert), illetve kötszert is -,

c) a háziorvos által kezdeményezett, a biztosított otthonában történő szakorvosi vizsgálatra és véleményre,

d) krónikus betegsége esetén háziiorvosi gondozásra, életvezetési tanácsadásra és a gyógykezeléshez szükséges, a biztosított vagy a gondozását végző személy által használt diagnosztikus és terápiás eszközök használatának megtanítására,

e) a háziorvos rendelése szerint az alapellátás keretében végzett szakápolásra,

f) keresőképességének elbírálására,

g) egyéb orvos szakértői vizsgálatra és szakvéleményre, amennyiben az társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való jogosultság megállapítására irányul.

(2) A biztosított az (1) bekezdésben foglalt szolgáltatásokat

a) a külön jogszabály szerint választott háziorvosánál veheti igénybe,

b) amennyiben választott háziorvosát felkeresni nem tudja, annál a finanszírozott szolgáltató háziorvosánál veheti igénybe, amelynek ellátási területén tartózkodási helye van.

(3)\* Az egészségbiztosító kormányrendeletben meghatározott alapellátási vállalkozások részére kormányrendeletben meghatározottak szerint támogatást nyújthat a betegellátást szolgáló eszközök beszerzéséhez.

#### *Fogászati ellátás*

**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 a nappali rendszerű oktatás keretében köznevelési intézményben vagy szakképző intézményben folytatott tanulmányok ideje alatt, valamint a várandósság 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 ínyelváltozások kezelésére,

c)\* 62 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.

#### *Járóbeteg-szakellátás*

**13. §** A biztosított betegsége esetén jogosult járóbeteg-szakellátás keretében történő vizsgálatra, gyógykezelésre, ideértve az ellátás során felhasznált - az ellátás finanszírozása során figyelembe vett - gyógyszert (kivéve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert), illetve kötszert is, továbbá a gyógykezeléséhez szükséges orvosi szakvéleményre, gondozásra és külön jogszabályban meghatározott esetekben a keresőképességének elbírálására\*

a) a háziorvos, a járóbeteg-szakellátás és a külön jogszabályban meghatározott egyéb orvos (a továbbiakban: beutaló orvos) beutalása alapján,

b)\* az a) pontban foglaltak hiányában is, amennyiben jogszabály az adott szakellátás beutaló nélkül történő igénybevételét lehetővé teszi,

c) egyéb orvos szakértői vizsgálatra és szakvélemény adására, amennyiben az társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való jogosultság megállapítására, annak ellenőrzésére irányul.

*Fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás*

14. § (1)\* A biztosított betegsége esetén a külön jogszabályban meghatározott orvos beutalása alapján jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra.\*

(2) A biztosított a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás keretén belül a 19. § (1) bekezdésében foglaltak szerint jogosult

- a) a betegsége megállapításához szükséges vizsgálatokra,
- b) az orvos előírása szerinti gyógykezelésre - ideértve a műtéti beavatkozásokat és az annak során felhasznált gyógyászati anyagokat, protetikai eszközöket is - és gyógyászati ellátásra,
- c) a gyógykezeléséhez szükséges gyógyszerre - ideértve a vérkészítményeket is -, kötszerre és ideiglenes gyógyászati segédeszközre, továbbá a gyógyászati segédeszköz használatának betanítására,
- d) a gyógykezeléséhez szükséges ápolásra, szakápolásra, továbbá az otthonába történő távozást követő időre vonatkozó életvezetési tanácsadásra, valamint diétás tanácsadásra,
- e) étkezésre, ideértve az orvos által rendelt diétát is,
- f) a rendelkezésre álló, az ellátás szakmai és etikai követelményeinek megfelelő színvonalú elhelyezésre arra az időtartamra, amíg az ellátás fekvőbeteg-gyógyintézeti körülmények között indokolt.

(3)\* A biztosított külön jogszabályban foglaltak szerint jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolásra (ideértve az otthoni rehabilitációs ellátást is) és otthoni hospice ellátásra.

(4) A biztosított jogosult társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való jogosultság megállapítására, annak ellenőrzésére irányuló orvos szakértői véleményt megalapozó kivizsgálásra.

**III. Egyéb egészségügyi szolgáltatások***Szülészeti ellátás*

15. §\* (1) A biztosított a 14. § rendelkezései szerint jogosult a magzat méhen belüli gyógykezelésére, továbbá szülészeti ellátásra és várandósságának orvosi indikáció alapján történő megszakítására. A biztosított jogszabály rendelkezése alapján jogosult anyatejellátásra.

(2) A biztosított orvosi indikáció alapján jogszabályban meghatározott feltételekkel jogosult a meddőség kezelésére.

*Orvosi rehabilitáció*

16. § (1) A biztosított az orvosi rehabilitáció keretében jogosult\*

- a) orvos előírása szerinti vizsgálatra, gyógykezelésre, gyógyászati ellátásra és foglalkoztatás-terápiára,
- b)\*
- c)\* amennyiben az orvosi rehabilitációra fekvőbeteg-gyógyintézetben kerül sor, a 14. § (2) bekezdés c)-f) pontjaiban foglalt ellátásokra és gyógyászati ellátásra,
- d)\* szenvedélybetegsége esetén a külön jogszabályban meghatározott rehabilitációs ellátásra.

(2) A biztosított - külön jogszabályban foglaltak szerint - jogosult egészségügyi beavatkozást követő rekonstrukcióra, továbbá funkciózavart okozó veleszületett vagy szerzett testi rendellenességek korrekciójára a 13-14. §-ban foglaltak szerint.\*

(3)\* A biztosított a rehabilitációs medicina körébe tartozó ellátásokra a rehabilitációs ellátási programok szerint jogosult.

*Betegszállítás, mentés\**

17. § (1)\* A biztosított - beutalás szerinti intézményben végzendő - orvosi vizsgálata vagy gyógykezelése, illetve egészségügyi intézményből tartózkodási helyére történő elbocsátása céljából jogosult betegszállításra,\*

- a) amennyiben egészségi állapota miatt szállítása másként nem oldható meg, és a szállításra beutalásra jogosult orvos rendelése alapján kerül sor,
- b) a szállítás külön jogszabályban foglalt kúraszerű kezelés céljából történik.

(2)\* A biztosított jogosult a külön törvényben meghatározott mentés igénybevételére.



**A részleges és kiegészítő térítés mellett igénybe vehető szolgáltatások**  
**Ebtv. 23.§.-24.§.-a**

1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól  
A jogszabály 2022.03.04-én hatályos állapota.

**3. Cím**

**A biztosított által részleges térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások**

**23. §** A biztosított részleges térítés mellett jogosult

a) 18 éves életkor alatt fogszabályozó készülékre;

b)\*

c)\* a rágóképesség helyreállítása érdekében miniszteri rendeletben meghatározott típusú fogpótlásra;

d)-e)\*

f)\*

g)\*

h)\*

i)\*

j)\*

k)\* külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásra, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél.

**23/A. §\*** A biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult

a)\*

b) az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra, és

c) amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is.

**24. § (1)\*** A biztosított által is csak részleges vagy kiegészítő térítési díj megfizetése mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások díját arra tekintettel kell megállapítani, hogy az adott ellátás keretében a biztosított részére nyújtanak-e olyan szolgáltatást, amelyre a biztosított térítésmentesen jogosult.

(2)\* Az e fejezetben foglaltak szerint megállapított részleges és kiegészítő térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik azzal, hogy a szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét.

(3)\*

(4)\* A finanszírozott egészségügyi szolgáltató a 23/A. § b) pontja alapján a biztosított részére - annak kezdeményezése alapján, az egészségügyi ellátás szakmai színvonalának érintése nélkül - kiegészítő térítési díj ellenében egyéni igénye szerinti étkezést, valamint az egészségi állapota által nem indokolt, a 14. § (2) bekezdés f) pontja szerinti elhelyezéstől eltérő, az intézmény e célra kijelölt részlegében magasabb színvonalú elhelyezést nyújthat, amennyiben

a) a többlétszolgáltatáshoz szükséges feltételek rendelkezésre állnak,

b) a biztosított az egészségügyi szolgáltatónál az ellátást a többlétszolgáltatás nélkül is igénybe vehetné, és

c) az egészségügyi szolgáltató a többlétszolgáltatás nyújtása mellett a finanszírozási szerződése szerinti kapacitáson folyamatosan és teljeskörűen tud ellátást nyújtani.

**Az E. Alap terhére igénybe nem vehető szolgáltatások Ebtv. 18.§ (6) bekezdése****1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól**

A jogszabály 2022.03.04-én hatályos állapota.

(6) Nem vehetők igénybe az E. Alap terhére:

a) az Eütv. 142. §-a

aa) (2) bekezdése a) pontjában meghatározott ellátások,

***Eütv. 142. §***

(2)\* Az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül, az e törvényben és a külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével - az alapsomag részeként - kell biztosítani a Magyarország területén tartózkodó személy részére

a) a járványügyi ellátások közül

aa) a kötelező védőoltást (kivéve a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltást),

ab) a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatot,

ac) a kötelező orvosi vizsgálatot,

ad) a járványügyi elkülönítést,

ae) a fertőző betegek szállítását,

b) a mentést, amennyiben az adott személy a 94. § (2) bekezdése szerint azonnali ellátásra szorul,

c) sürgős szükség esetén a külön jogszabályban meghatározott ellátásokat.

ab) (3) bekezdésének c)-i) pontjában meghatározott ellátások,

***Eütv. 142. §***

(3) Ha törvény kivételt nem tesz, az e törvényben foglalt ellátások és feladatok közül a központi költségvetésben kell biztosítani

a) a (2) bekezdés a) pontjában meghatározott ellátások,

b) a (2) bekezdés b) és c) pontjában meghatározott ellátások máshonnan meg nem térülő,

c) a Magyarországon lakóhellyel rendelkező várandós és gyermekágyas anya részére a család- és nővédelmi gondozás keretében

ca) az egészségi állapotának védelmét és magzata egészséges fejlődésének ellenőrzését szolgáló szűrővizsgálatok,

cb) a magzat egészséges fejlődését biztosító életmódról való tájékoztatás,

cc) a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítés,

d) az (5) bekezdésben meghatározott személy részére az állami érdekből végzett orvosi biológiai kutatások keretén belüli gyógyító célú eljárások alkalmazásával kapcsolatos ellátások,

e)\* a Magyarországon tartózkodó személy elhalálását követően a halottvizsgálat, illetve a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal összefüggő ellátások,

f) a vérellátás megszervezése, valamint a vér rendelkezésre állása,

g) a 35-36. §-ban foglalt népegészségügyi feladatok,

h) az elsődleges megelőzést szolgáló népegészségügyi feladatok közül a g) pontban foglaltakon túl az egészség fejlesztése, az egészségnevelés szervezése, a családtervezési tanácsadás,

i)\* az egészségügyi válsághelyzeti ellátás,

b) a külön jogszabályban meghatározott munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok,

c) a külön jogszabályban meghatározott foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé,

d) a külön jogszabály által elrendelt orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre, illetve egészségbiztosítási ellátásra való jogosultság megállapítása céljából kerül sor,

- e*)\* a külön jogszabályban meghatározott különösen veszélyes (extrém) sportolás, szórakoztató-szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások,
- f*) hivatásos sportolók sportegészségügyi ellátása,
- g*) a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatás,
- h*) a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel,
- i*) az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatásos ellátás,
- j*) a *g*)-*i*) pontban meghatározott ellátások következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások,
- k*)\* a méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások kivételével a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárás, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz alkalmazása, illetve a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása, valamint az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény 25/C. §-a szerinti engedélyezés előtti gyógyszeralkalmazás,
- l*)\* a kizárólag orvostudományi kutatás keretében nyújtott ellátások,
- m*) a biztosított kísérőjének részére az egészségügyi szolgáltató által biztosított szállás és étkezés, kivéve, ha a biztosított a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény szerint fogyatékos személynek minősül,
- n*) a járművezetői alkalmassági vizsgálatok,
- o*) a lőfegyvertartásra vonatkozó orvosi alkalmassági vizsgálatok,
- p*) alkohol, illetve kábítószer hatása alatt állás esetén a detoxikálás,
- q*)\* hatósági eljárásban alkohol, illetve kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálatok, vizeletvizsgálatok,
- r*) láttelel kiadása,
- s*)\* a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény 439. § (2) bekezdése szerinti, az alperes elmeállapotára vonatkozó szakorvosi véleményezés,
- t*)\* a biztosított nem kötelező védőoltással történő immunizálása, kivéve, ha a külön jogszabály szerinti védőoltás térítésmentes,
- u*) az *a*)-*t*) pontban meghatározott ellátások keretében, annak részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.

**217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról**  
A jogszabály 2021.05.25-én hatályos állapota.

**5/B. §\* (1)\*** Az Ebtv. 18. §-a (6) bekezdésének *e*) pontja alkalmazásában különösen veszélyes (extrém) sportnak, szórakoztató-szabadidős tevékenységnek minősül:\*

- a*) vízisízés,
- b*) jet-ski,
- c*) vadvízi evezés,
- d*) hegy- és sziklamászás az V. foktól,
- e*) magashegyi expedíció,
- f*)\*
- g*) bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping),
- h*) falmászás,
- i*) roncsautó (auto-crash) sport, rally,
- j*) hőlégballonozás,
- k*) félkezes és nyílttengeri vitorlázás,
- l*) sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés.

(2)\* Az Ebtv. 18. §-a (6) bekezdésének *m*) pontja alkalmazásában nem minősül kísérő személynek az ellátásban részesülő biztosított szülője, törvényes képviselője és közeli hozzátartozója, amennyiben a biztosított az ellátás igénybevételének megkezdésekor a 14. életévét nem töltötte be. A szülő, törvényes képviselő és közeli



hozzátartozó részére biztosított szállás és étkezés finanszírozása külön jogszabályban foglaltak szerint történik. A szülő, törvényes képviselő és közeli hozzátartozó tekintetében az Ebtv. 24. § (4) bekezdését alkalmazni kell.

(3)\* Amennyiben a biztosított az ellátás igénybevétele során elhalálozik, az Ebtv. 18. §-ának (10) bekezdése szerinti elszámolási nyilatkozatot a közeli hozzátartozó részére kell átadni, ha azt a közeli hozzátartozó kéri.

**52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet**  
**a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról**

A jogszabály 2022.03.04-én hatályos állapota.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 83. §-ának (7) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján a következőket rendelem el:<sup>\*</sup>

**1. §<sup>\*</sup>** Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 142. § (2) bekezdés c) pontjának alkalmazásában a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet a mellékletben meghatározott, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében - a beteg állapotának stabilizálásáig - végeznek.

**2. §** Az Ebtv. 23. §-a d) és e) pontjának alkalmazásában a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet a mellékletben meghatározott, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében fekvőbeteg-ellátás keretében végeznek, a diagnózis felállításától a tisztázott kórállapot első alkalommal történő szakszerű ellátásáig.

**3. §** Ez a rendelet 2007. január 1-jén lép hatályba.

**Melléklet az 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelethez**

***Sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek***

1. Életet veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyével járó (külső vagy belső) vérzés
2. Átmeneti keringés- és/vagy légzésleállással járó állapotok (Pl. embolia, Adams-Stokes-Morgagni szindróma., syncope, fulladások, életet veszélyeztető ritmuszavarok, klinikai halál állapota)
3. Életveszélyes endokrin- és anyagcsere állapotok, a folyadék- és ion- háztartás életveszélyes zavarai
4. Központi idegrendszeri kompresszió veszélyével járó kórképek (Pl. agyödéma, fejfájás, szédülés, tumor, gyulladás, fejlődési rendellenesség, trauma)
5. Esméletlen állapotok
6. Status epilepticus és tüneti görcsrohamok
7. Hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, szemsérülés
8. Szepszis
9. Magas halálozása, vagy súlyos szövödmények kialakulásának veszélyével járó hirtelen fellépő, vagy progrediáló, nem-sebészeti betegségek és érkatasztrófák ellátása
10. Szülés, koraszülés, lepényleválás, súlyos terhességi toxémia, eclampsia újszülött ellátása, akut nőgyógyászati vérzés
11. Sokk megelőző és sokkos állapotok, életveszélyes allergiás és anaphylaxiás állapotok, szisztémás és poliszisztémás autoimmun betegségek krízis-állapotai
12. Az immunrendszer fokozott, vagy kóros működésén, illetve a csontvelői véresejtképzés elégtelenségén alapuló heveny véresejthiány-állapot
13. Veszélyeztetett, vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély
14. Akut légzési elégtelenség, légút szűkület (Pl. gégeödéma, asthmás roham, idegentest, fulladás)
15. Mérgeзések
16. Akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkel járó kórképek (Pl. bélelzáródás, appendicitis, perforatio, méhenkívüli terhesség, petefészek ciszta megrepedése, tuboovarialis tályog, kocsánycsavarodott cysta, kizárt sérv, epegörcs, vesegörcs, vérvizelés)
17. Égés-fagyás (III.-IV. fokú és nagyterjedésű I-II. fokú, és/vagy az életminőség szempontjából különösen veszélyeztetett testtáját vagy a légutakat érintő)
18. Elsődleges sebellátás
19. Testüregek (koponya, mellkas, has) és parenchymás szervek (szív, tüdő, lép, máj, vese) sérülése
20. Compartement szindrómák
21. Nyílt törések és decollement sérülések
22. Amputációk (replantációs lehetőségekkel vagy azok nélkül)
23. Súlyos medencegyűrű törések
24. Politraumatizáció, többszörös sérülések
25. Búvárbalesetek, magassági betegség, keszonbetegség, barotrauma
26. Áramütés, elektrotrauma
27. Hő- és hidegártalom, kihülés, hypothermia, hyperthermia, napszúrás, hőséguta
28. Súlyos akut sugárártalom és sugárbetegség
29. Öngyilkossági kísérlet és szándék, mentális állapottal összefüggő közvetlen veszélyeztető állapot
30. Heveny pszichés zavarok, pszichózisok
31. Infektológiai kórképek, melyek önmagukban vagy szövödményeik révén az életet veszélyeztető állapotot idéznek elő.

**284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet**

térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról

A jogszabály 2022.03.04-én hatályos állapota.

**284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet**  
**térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról**

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 83. §-a (2) bekezdésének *o)* pontjában, valamint a társadalombiztosítás pénzügyi alapjai 1998. évi költségvetéséről szóló 1997. évi CLIII. törvény 61. §-ának (3) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján a Kormány egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról a következőket rendeli el:

**1. § (1)<sup>\*</sup>** Az egészségügyi szolgáltató a részleges, kiegészítő és teljes térítési díj (a továbbiakban: térítési díj) ellenében igénybe vehető szolgáltatások térítési díját a betegek számára hozzáférhető módon hozza nyilvánosságra.

(1a)<sup>\*</sup> Az Ebtv. szerinti uniós betegekre ugyanazt a térítési díjat kell alkalmazni, amelyet a magyar betegekre alkalmaznak.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltakon túl a szolgáltatás teljesítése előtt az érintettet külön tájékoztatni kell a térítési díj várható mértékéről, a teljesítés után pedig a biztosított részére az egészségügyi szolgáltató számlát ad, amely tartalmazza az igénybe vett szolgáltatást és a szolgáltatás(ok)ért fizetendő forintösszeget.

(3) Az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás fedezetének biztosítása érdekében a szolgáltatás megkezdése előtt előleget kérhet, valamint a szolgáltatás teljesítése közben részszámlát adhat.

(4)<sup>\*</sup> Az egészségügyi szolgáltató által nyújtott szolgáltatás térítési díját - ha az intézmény a (6) bekezdésben foglaltak szerint másként nem rendelkezett - a számla alapján kiállított átutalási postautalványon kell befizetni.

(5) Készpénzben történő fizetéskor az egészségügyi szolgáltató a fizetés tényéről köteles nyugtát adni.

(6)<sup>\*</sup> Az állami és önkormányzati tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltató hatáskörében megállapítható térítési díjak megállapításának, nyilvánosságra hozatalának és befizetésének rendjét, valamint a szolgáltató által megállapított térítési díj mérséklésére, illetve elengedésére vonatkozó rendelkezéseket a szolgáltató - a fenntartó által jóváhagyott - szabályzatban állapítja meg. Egyéb egészségügyi szolgáltató esetén a térítési díj befizetésének rendjét a szolgáltató határozza meg.

(7) Amennyiben a térítési díjat az egészségügyi szolgáltatónak nem fizetik meg, a díj behajtásáról az egészségügyi szolgáltató gondoskodik.

**2. § (1)<sup>\*</sup>** Az Ebtv. 23. § *a)*, *c)* és *k)* pontjában foglalt részleges, valamint 23/A. § *c)* pontjában foglalt kiegészítő térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díját az 1. számú melléklet határozza meg.

(2) A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díját a 2. számú melléklet tartalmazza.

(3)<sup>\*</sup>

(4)-(5)<sup>\*</sup>

(6)<sup>\*</sup>

(7)<sup>\*</sup> Az influenza megbetegedés elleni védőoltáshoz oltóanyag a 2020. és 2021. évben térítésmentesen igényelhető.

(8)<sup>\*</sup> A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretébe nem tartozó és a 2. számú mellékletben nem szereplő egészségügyi szolgáltatások térítési díját az egészségügyi szolgáltató az 1. § rendelkezéseinek figyelembevételével állapítja meg, azzal, hogy a pneumococcus baktérium, a human papilloma vírus és az influenza megbetegedés elleni immunizálásért nem kérhető térítési díj.

(8a)<sup>\*</sup> A meningococcus C típusú kórokozó elleni - a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló miniszteri rendelet alapján kiemelt, indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó - vakcina beadásáért nem kérhető térítési díj.

(9)<sup>\*</sup> A 2. számú melléklet 13. pontjának alkalmazásában az egyes egészségügyi osztályok alatt a polgári légi közlekedési szakszolgálati engedélyek egészségügyi feltételeiről szóló miniszteri rendelet 11. §-ának (1) bekezdésében meghatározott egészségügyi osztályokat kell érteni.

(10)<sup>\*</sup> Az anyatejet adományozó nők térítésmentesen vehetik igénybe az anyatej adományozás feltételeként, külön jogszabályban meghatározott, járványügyi érdekből kötelezően végzendő szűrővizsgálatokat.

(11)<sup>\*</sup> Ha gépjármű-vezetői alkalmassági vizsgálattal egyidejűleg a lőfegyver tartására, illetve az elöltöltő fegyver vadászati célú használatára jogosító engedéllyel rendelkező, valamint az ilyen engedélyt megszerezni kívánó - a kézilőfegyverek, lőszerek, gáz- és riasztófegyverek megszerzésének és tartásának egészségi alkalmassági feltételeiről és vizsgálatáról szóló rendelet szerinti II. alkalmassági csoportba tartozó - személyeknek a lőfegyver megszerzéséhez és tartásához, illetve az elöltöltő fegyver vadászati célú használatához

szükséges hatósági engedély feltételeként előírt orvosi alkalmassági vizsgálatára is sor kerül, csak a gépjármű-vezetői alkalmassági vizsgálatra vonatkozó - a 2. számú melléklet szerinti - díjfizetési kötelezettséget kell teljesíteni.

(12)\* Az a személy, aki a SARS-CoV-2 RT-PCR mintavételt és laboratóriumi vizsgálatot, vagy a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálatot és az ahhoz szükséges mintavételt térítés ellenében veheti igénybe, jogszabály eltérő rendelkezése hiányában legfeljebb a 2. számú mellékletben meghatározott díj fizetésére kötelezhető.

(13)\* A (12) bekezdés nem alkalmazható abban az esetben, amikor az Ebtv. szerinti biztosított a (12) bekezdés szerinti mintavételt és vizsgálatot az Egészségbiztosítási Alap terhére veszi igénybe.

3. § (1) Ez a rendelet 1998. január 1-jén lép hatályba.

(2) E rendelet rendelkezéseit a hatálybalépését követően megkezdett ellátások tekintetében kell alkalmazni. A rendelet hatálybalépését megelőzően megkezdett ellátások térítési díját az ellátás megkezdésekor hatályban levő rendelkezések alapján kell megállapítani, kivéve, ha az e rendelet alapján megállapított térítési díj kedvezőbb.

(3)-(5)\*

4. §\* Ez a rendelet a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011. március 9-i 2011/24/EU európai parlamenti és tanácsi irányelvnek való megfelelést szolgálja.

**1. számú melléklet a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelethez**

***Az Ebtv. 23. §-ában foglalt egyes részleges, valamint 23/A. §-ában foglalt egyes kiegészítő térítési díj mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díja\****

1.\* Az Ebtv. 23. §-ának a) pontjában foglaltak alapján a 18 éven aluliak a fogszabályozó készülékre való jogosultságuk keretében a fogorvosi munkára térítésmentesen, a fogszabályozó készülékre pedig a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendeletben (a továbbiakban: R.) foglaltak szerint jogosultak.

2. Az Ebtv. 23. §-ának c) pontjában foglaltak alapján

a) az Ebtv. 12. §-a (1) bekezdésének a) pontjában foglalt személyek az R.-ben meghatározott típusú kivehető és rögzített fogpótlások fogorvosi munkáira térítésmentesen, azok technikai munkáinak költségeire az R.-ben meghatározottak szerint,

b)\* az Ebtv. 12. §-a (1) bekezdésének b) pontjában foglalt személyek az R.-ben meghatározott típusú kivehető, illetve rögzített fogpótlások fogorvosi munkáira teljes térítéssel, azok technikai munkáinak költségeire az R.-ben meghatározottak szerint,

c)\* a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény (a továbbiakban: Mmtv.) 3. § (2) bekezdés a) pont ab) alpontja és b) pont bb) alpontja szerinti minősítési kategóriába tartozó, a megváltozott munkaképességű személyek ellátásában részesülő személy vagy az a 2011. december 31-én III. csoportos rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban részesülő személy, aki az Mmtv. 31-33. §-a alapján öregségi nyugdíjban, rokkantsági ellátásban vagy rehabilitációs ellátásban részesül és a közgyógyellátásban részesülők az R.-ben meghatározott típusú kivehető fogpótlások fogorvosi munkáira térítésmentesen, azok technikai munkáinak költségeire az R.-ben meghatározottak szerint,

d) az Ebtv. 54. §-ának (3) bekezdésében foglalt személyek az R.-ben meghatározott típusú kivehető és rögzített fogpótlások fogorvosi munkáira térítésmentesen, azok technikai munkáinak költségeire az R.-ben meghatározottak szerint,

e) az arc, állcsont, illetve szájüreg fejlődési rendellenességében, daganatos vagy más súlyos betegségében szenvedők az R.-ben meghatározott típusú kivehető és rögzített fogpótlások, obturátorok és epitézisek orvosi munkáira térítésmentesen, azok technikai munkáinak költségeire az R.-ben meghatározottak szerint jogosultak.

3.\*

4.\*

5.\* Az Ebtv. 23/A. § c) pontja alapján az ápolási osztályon orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén, illetve krónikus fekvőbeteg-ellátásban ápolási díjjal finanszírozott biztosított után a kiegészítő térítési díj 800 Ft/nap.

6.\* Az Ebtv. 23. §-ának k) pontja alapján a külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásért fizetendő részleges térítési díj mértéke annak az összegnek a 90 százaléka, amely az ellátásért a külön jogszabályban foglaltak szerint az egészségbiztosító felé elszámolható.

**2. számú melléklet a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelethez\***

	A	B
1.	Lőfegyvert munkakörükből eredően tartani szándékozó, illetve tartó személyek (I. csoport) lőfegyvertartásra való egészségi alkalmasságának pszichológiai vizsgálata	

		a) első fokon	7 200 Ft
		b) másodfokon	12 000 Ft
2.*	Lőfegyvert tartani szándékozó, illetve tartó, valamint előltöltő fegyvert vadászati célra használni szándékozó, illetve használó személyek (II. csoport) alkalmassági vizsgálata		
	A. orvosi alkalmassági vizsgálat		
	a) ha a 40. életévét még nem töltötte be:		
		aa) első fokon	7 200 Ft
		ab) másodfokon	10 800 Ft
	b) ha a 40. életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el:		
		ba) első fokon	4 800 Ft
		bb) másodfokon	7 200 Ft
	c) ha a 60. életévét betöltötte, de a 70. életévét még nem érte el:		
		ca) első fokon	2 500 Ft
		cb) másodfokon	4 800 Ft
	d) ha a 70. életévét betöltötte:		
		da) első fokon	1 700 Ft
		db) másodfokon	3 200 Ft
	B. pszichológiai alkalmassági vizsgálat		
		a) első fokon	7 200 Ft
		b) másodfokon	12 000 Ft
3.*	Gépjármű-vezetői, belvízi hajózási szolgálati és belvízi kedvtelési célú vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálat		
	a)* ha a 40. - gépjármű-vezetői alkalmassági vizsgálat esetén az 50. - életévét még nem töltötte be:		
		aa) első fokon	7 200 Ft
		ab) másodfokon	10 800 Ft
	b)* ha a 40. - gépjármű-vezetői alkalmassági vizsgálat esetén az 50. - életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el:		
		ba) első fokon	4 800 Ft

		<i>bb)</i>	másodfokon	7 200 Ft
	<i>c)</i> ha a 60. életévét betöltötte: de a 70. életévét még nem érte el:			
		<i>ca)</i>	első fokon	2 500 Ft
		<i>cb)</i>	másodfokon	4 800 Ft
	<i>d)</i> ha a 70. életévét betöltötte:			
		<i>da)</i>	első fokon	1 700 Ft
		<i>db)</i>	másodfokon	3 200 Ft
4.	Alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vér- és vizeletvételek			4 800 Ft
5.	Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett			
		<i>a)</i>	vérvételek	3 200 Ft
		<i>b)</i>	vizeletvételek	1 600 Ft
6.	Láttelek készítése és kiadása			3 500 Ft
7.	Részeg személy detoxikálása			7 200 Ft
8.	Kábítószer hatása alatt álló személy akut ellátása			7 200 Ft
9.	Tengeri hajózási egészségi alkalmassági vizsgálat			
	<i>a)</i> tengeri hajózási szolgálatot teljesítő személy alkalmassági vizsgálata			
		<i>aa)</i>	az egészségi alkalmasság első vizsgálata	19 200 Ft
		<i>ab)</i>	az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	15 600 Ft
	<i>b)</i> I. és II. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata			
		<i>ba)</i>	az egészségi alkalmasság első vizsgálata	12 000 Ft
		<i>bb)</i>	az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	9 700 Ft
	<i>c)</i> III. és IV. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálata			
		<i>ca)</i>	az egészségi alkalmasság első vizsgálata	9 700 Ft
		<i>cb)</i>	az egészségi alkalmasság időszakos vagy soron kívüli vizsgálata	7 200 Ft
10.	Igazságügyi szakértői tevékenység kivételével jogszabály által elrendelt vagy egyéb háziiorvosi, orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre való			7 200 Ft

	jogosultság megállapítása céljából kerül sor	
11.	Hivatásos sportolók sportegészségügyi vizsgálata	9 700 Ft
12.	Hivatásos sportolók további sportegészségügyi szakvizsgálata	Az adott ellátásnak a közfinanszírozásban érvényesíthető díja
13.	Repülő-egészségügyi alkalmassági vizsgálat	
	a) 1. egészségügyi osztály	
	aa) első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti vagy teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	28 700 Ft
	ab) időszakos vizsgálat	16 100 Ft
	b) 2. egészségügyi osztály	
	ba) első, illetve kibővített (terheléses EKG vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	13 800 Ft
	bb) időszakos vizsgálat	9 200 Ft
	c) 3. egészségügyi osztály	
	ca) első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti vagy teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	28 700 Ft
	cb) időszakos vizsgálat	16 100 Ft
14.*	Az a mellkas-szűrővizsgálat (tüdőszűrés), melynek igénybevételére nem az egészségügyi hatóság által a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló miniszteri rendelet szerint kötelezően elrendelt szűrővizsgálat keretében, vagy nem a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló miniszteri rendelet szerinti korhoz kötött szűrővizsgálat keretében, vagy nem jogszabály által előírt, a szakképző intézményben és felsőoktatási intézményben oktatásban részesülők szakmai alkalmassági vizsgálatainak keretében kerül sor.	1 700 Ft
15.*	A foglalkoztathatóság szakvéleményezése	
	a) közfoglalkoztatási jogviszonyhoz szükséges szakvélemény esetén	1900 Ft/fő/ eset
	b)* a büntetésként kiszabott közérdekű munka végrehajtásához szükséges szakvélemény esetén	1900 Ft/fő/ eset
	c) az a) és a b) pontban nem említett esetben	3300 Ft/fő/ eset
16.	Járványügyi érdekből nem kötelező védőoltással történő immunizálás, kivéve a) a térítésmentes védőoltással történő immunizálást és b)* - az a) pont hatálya alá nem tartozó körben is - a	2 000 Ft

	pneumococcus baktérium, a human papilloma vírus és az influenza megbetegedés elleni immunizálást	
17.*	Járványügyi készültség idején a SARS-CoV-2 RT-PCR módszerrel történő kimutatására vonatkozó vizsgálat díja	17 000 Ft
18.*	Járványügyi készültség idején a SARS-CoV-2 RT-PCR mintavétel díja	2 500 Ft
19.*	Járványügyi készültség idején a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálat	9 000 Ft
20.*	Járványügyi készültség idején mintavétel a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálathoz	2 000 Ft



**Az önkéntesen kezdeményezett, a szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására irányuló orvosi vizsgálat és az igazolás kiadásának szabályai 18/1998. (VI.3.) NM. rendelet 22. §-a.**

A jogszabály 2021.08.31-én hatályos állapota.

**Egyéb szűrővizsgálatok**

**22. §\*** (1) Önkéntesen kezdeményezett, a szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására irányuló orvosi vizsgálat térítésköteles elvégzésére és erről orvosi igazolás kiállítására a bőr- és nemibeteg gondozó egészségügyi szolgáltató, valamint a bőr- és nemibeteg szakorvosi tevékenységre engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató (a továbbiakban együtt: szolgáltató) jogosult.

(2) Az orvosi igazoláshoz szükséges laboratóriumi vizsgálatokat az e rendeletben és külön jogszabályban meghatározott intézményekben, mikrobiológiai laboratóriumokban kell elvégezni, illetve elvégeztetni.

(3) A szolgáltató tájékoztatja a vizsgálatra jelentkezőt a különböző vizsgálati módszerekről és ezek térítési díjáról.

(4) A szűrővizsgálat eredményét a (2) bekezdés szerinti intézmény a vizsgálati minta beérkezésétől számított 7 munkanapon belül megküldi a vizsgálatot kérő szakorvosnak.

(5) Az orvosi igazolást a szolgáltató az orvosi vizsgálaton való megjelenéstől számított 10 munkanapon belül adja ki.

(6) Az orvosi vizsgálat során

a) syphilis (vérbaj) és gonorrhoea (kankó, tripper) megállapítására vagy kizárására irányuló klinikai vizsgálatot és

b) syphilis (vérbaj), gonorrhoea (kankó, tripper), HIV, acut urogenitális chlamydiasis és hepatitis B fertőzések felderítésére irányuló mikrobiológiai szűrővizsgálatot kell elvégezni.

(7) A hepatitis B fertőzés kizárása esetén a szakorvos köteles tájékoztatást adni a hepatitis B elleni védőoltás igénybevételének lehetőségéről és módjáról. Negatív hepatitis B (HBsAg) leletet követően elvégzett hepatitis B elleni védőoltás tényét az orvosi igazoláson fel kell tüntetni.

(8) Amennyiben az elvégzett orvosi vizsgálatok során a (6) bekezdésben felsorolt fertőzések egyike sem mutatható ki, a szolgáltató szakorvosa kiadja az 5. számú melléklet szerinti orvosi igazolást.

(9) Pozitív vizsgálati eredmény esetén a szolgáltató tájékoztatja a fertőzött személyt arról, hogy részére az 5. számú melléklet szerinti orvosi igazolás nem adható ki, egyúttal kezdeményezi a fertőzött személy gondozásba vételét.

(10) A szervezett bűnözés, valamint az azzal összefüggő egyes jelenségek elleni fellépés szabályairól és az ehhez kapcsolódó törvénymódosításokról szóló 1999. évi LXXV. törvény 9. § (3) bekezdésében meghatározott személy számára a (8) bekezdésben meghatározott esetben az 5. számú melléklet szerinti orvosi igazolást kell kiállítani, amely orvosi igazolás három hónapig érvényes.

(11) Az önkéntesen kezdeményezett, a szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására irányuló orvosi vizsgálat és az 5. számú melléklet szerinti orvosi igazolás kiállítása térítésköteles.

(12) A bőr- és nemibeteg gondozó egészségügyi szolgáltató az önkéntesen kezdeményezett, a szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására irányuló orvosi vizsgálat elvégzését és fertőzés kizárása esetén az orvosi igazolás kiállítását nem tagadhatja meg a jelentkezőtől.

**5. számú melléklet a 18/1998. (VI. 3.) NM rendelethez****Orvosi igazolás szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására végzett vizsgálatok eredményéről**

Családi név: ...

Utónév: ...

Születési hely, idő: ...

Lakó- és tartózkodási hely: ...

Személyazonosságot igazoló okmány és száma: ...

a) Syphilis (vérbaj) irányában elvégzett vizsgálat eredménye negatív

Mintavétel időpontja (év/hó/nap): ...

b) Gonorrhoea (kankó, tripper) irányában elvégzett vizsgálat eredménye negatív

Mintavétel időpontja (év/hó/nap): ...

c) HIV irányában elvégzett vizsgálat eredménye negatív

Mintavétel időpontja (év/hó/nap): ...

d) szexuális úton terjedő chlamydia fertőzés irányában elvégzett vizsgálat eredménye negatív

Mintavétel időpontja (év/hó/nap): ...

e) hepatitis B vírus hordozás irányában elvégzett vizsgálat eredménye negatív

Mintavétel időpontja (év/hó/nap): ...

Hepatitis B elleni védőoltásban részesült/nem részesült\*

Nevezettnél a fenti fertőzésekre vonatkozóan, fertőző megbetegedés és kórokozó-hordozó állapot nem került kimutatásra.

A vizsgálatok időpontját követően a fertőzés lehetősége nem zárható ki.

...

Kiállítás helye, ideje

...

a bőrgyógyász szakorvos aláírása és pecsétje

\* a kívánt szöveg aláhúzendó

***A beutalás nélkül igénybe vehető ellátások és a beutalásra jogosult orvosok*** 217/1997. (XII. 1.)

Korm. rendelet (2. §-5/A. §)

A jogszabály 2022.03.04-én hatályos állapota.

**2. § (1)\*** A biztosított - az Ebtv. 20. § (4) bekezdésében meghatározott eset kivételével - orvosi beutaló nélkül is jogosult igénybe venni

*a)* szakorvosi rendelő által nyújtott

*aa)* bőrgyógyászati,

*ab)* nőgyógyászati és gyermeknőgyógyászati,

*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 orvosi beutaló alapján igénybe vett bőr- és nemibeteg-gondozó, tüdőgondozó és onkológiai gondozó, valamint kúraszerű ellátás keretében a gondozásba vett biztosítottak részére nyújtott ellátást, azzal, hogy az ellátás igénybevételéhez már az első alkalommal sem szükséges orvosi beutaló, ha a biztosított a tüdőgondozó által nyújtott ellátást a dohányzásról történő leszokás támogatása céljából veszi igénybe.

Az *a)* pont szerinti szakellátások körébe - az ott felsoroltakon kívül - nem tartoznak a szakmai főcsoporthoz sorolt, de ráépített szakképesítéssel ellátható szakellátások.

**(1a)\*** A biztosított az (1) bekezdés szerinti szakellátásokat - az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 77. §-ában meghatározott eset kivételével - a választása szerinti, az adott járóbeteg-szakellátás tekintetében érvényes finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltatónál veheti igénybe azzal, hogy a biztosított tekintetében területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező egészségügyi szolgáltató - az (1b) bekezdésben meghatározott kivétellel - az Ebtv. 18. § (3) bekezdésében meghatározott esetben megtagadhatja a biztosított ellátását.

**(1b)\*** Amennyiben bejelentett tartózkodási hely, illetve bejelentett lakóhely hiányában nem állapítható meg, hogy a biztosított tekintetében melyik egészségügyi szolgáltató rendelkezik területi ellátási kötelezettséggel, a biztosított ellátását nem tagadhatja meg a hajléktalan személyek ellátására külön jogszabály alapján szerződött háziorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató telephelye (ennek hiányában székhelye) szerint területileg ellátásra kötelezett egészségügyi szolgáltató.

**(1c)\*** Az egészségügyi szolgáltató a honlapján és az ellátás nyújtásának helyén tájékoztatóban teszi közzé azoknak az ellátásoknak a körét, amelyek esetében nem fogadja az ellátási területén kívülről érkező biztosítottakat. Ilyen ellátások esetében a biztosítottat a betegfelvétel során szóban tájékoztatni kell arról, hogy van-e lehetőség a betegfogadási lista alapján egy későbbi időpontban történő ellátás-igénybevételre.

**(1d)\*** Az (1) bekezdésben nem szereplő járóbeteg-szakellátások - a 4. § (1) bekezdés *b)* pontjában foglalt esetek kivételével - csak beutalóval vehetőek igénybe. Amennyiben a biztosított az (1) bekezdésben nem szereplő járóbeteg-szakellátást nem a beutalóban megnevezett egészségügyi szolgáltatónál szándékozik igénybe venni, úgy kell tekinteni, hogy a biztosított nem rendelkezik beutalóval.

**(2)** Az (1) bekezdésben nem említett járóbeteg-szakellátásokra a biztosítottat

*a)\** a háziorvos, a házi gyermekorvos (a továbbiakban együtt: háziorvos), valamint szakkoncilium céljából a fogorvos,

*b)\** a járóbeteg-szakellátás - ideértve az (1) bekezdés *b)* pontjában foglalt gondozókat és a genetikai tanácsadókat is - orvosa, az egnapos ellátást nyújtó szolgáltató orvosa,

*c)* a pszichiátriai betegek és a fogyatékosok otthonánál, illetve rehabilitációs intézményénél foglalkoztatott orvos, ideértve a fekvőbeteg-gyógyintézetek orvosát,

*d)\** az iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat orvosa,

*e)\** a rendészertért felelős miniszter, valamint a katasztrófák elleni védekezésért felelős miniszter által vezetett és irányított szervek, a honvédelemről és a Magyar Honvédségről, valamint a különleges jogrendben bevezethető intézkedésekről szóló 2011. évi CXIII. törvény 80. § 13. pontja szerinti honvédelmi szervezet (a továbbiakban: honvédelmi szervezet) orvosa,

*f)* a büntetés-végrehajtás orvosa,

*g)* a sorozó orvos,

*h)\** az orvosszakértői szerv orvosa,

*i)\** a NEAK ellenőrző főorvosi hálózatának orvosa,

*j)\** a személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális intézmény orvosa,

k)\* az Ebtv. 10. §-a (1) bekezdésének e) alpontja alapján saját feladatkörében az országos sportegészségügyi hálózat orvosa,

l)\* a Nemzeti Adó- és Vámhivatal orvosa,

m)\*

n)\* a külpolitikáért felelős miniszter által vezetett minisztérium foglalkozás-egészségügyi szolgáltatói feladatokat ellátó orvosa

(a továbbiakban együtt: beutaló orvos) utalhatja be.

(3)\* A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok orvosa járóbeteg-szakellátásra a biztosítottat a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról szóló 27/1995. (VII. 25.) NM rendeletben foglalt feladatai keretében utalhatja be.

(4)\* Az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató orvosa a 0-4 napos életkorban jogszabály szerint kötelező szűrővizsgálatok elvégzése érdekében jogosult beutalásra.

(5) A társadalombiztosítási ellátásra, a külön jogszabályban meghatározott szociális juttatásra vagy kedvezményre való jogosultság megállapítása céljából a biztosított orvosi beutaló nélkül jogosult felkeresni a vonatkozó jogszabály szerint a szakvélemény (igazolás) elkészítésére jogosult egészségügyi szolgáltatót.

(6)\* A szakellátásra beutalt biztosított ismételt orvosi beutalás nélkül jogosult igénybe venni a járóbeteg-szakellátást, ha annak keretében ismételt ellátása orvosszakmai szempontból 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.

(7)\*

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

(9)\* Ha a beteg vizsgálata, illetve gyógykezelése érdekében az egészségügyi alapellátás szolgáltatásait meghaladó vizsgálat vagy kezelés szükséges, a háziorvos - beutalóval - szakorvosi konzíliumot kérhet.

(10)\* A szakorvosi vizsgálat, illetve ellátás, továbbá a szakorvosi konzílium - a beteg beleegyezése esetén - a beteg otthonában is elvégezhető, ha az a beteg egészségi állapota vagy egyéb körülmények miatt indokolt, és a vizsgálat, illetve az ellátás jogszabályban előírt feltételei a szakorvosi rendelőn kívül is teljesíthetőek.

**3. § (1)\*** A biztosítottat MRI (mágneses magrezonancia), CT (komputertomográfia), DSA (digitális szubtrakciós angiográfia) vizsgálatra - a (2a) bekezdésben foglaltakra is figyelemmel - a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet szakorvosa utalhatja be. A PET-CT (pozitronemissziós tomográfia-komputertomográfia) vizsgálat várólistájára való felvételre a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet klinikai onkológus, hematológus, idegsebész, valamint neurológus szakorvosa tehet javaslatot a külön jogszabály szerinti indikáció esetén.

(2)\* A biztosítottat a járóbeteg-szakellátás keretében igénybe vehető laboratóriumi vizsgálatokra az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 2. mellékletében külön jelzéssel ellátott, továbbá az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról szóló miniszteri rendeleti szabályokban meghatározott esetekben - a (2a) bekezdésben foglaltakra is figyelemmel - a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet szakorvosa utalhatja be. Azon laboratóriumi vizsgálatok megismétlése, amelyekre az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról szóló miniszteri rendeleti szabály rendelkezéseket tartalmaz, az abban előírt gyakorisággal kezdeményezhető, kivéve, ha az ettől való eltérést a biztosított egészségi állapota indokolja.

(2a)\* Az (1) és (2) bekezdés szerinti laboratóriumi vizsgálatokra, valamint CT, MR vizsgálatra történő beutalásra - ha a beutalás az életkorhoz kötött szűrőprogram keretében kiszűrt, nem negatív beteg további vizsgálata érdekében történik - az a háziorvosi tevékenységet végző orvos, a rend- és honvédelmi alapellátásba tartozó tevékenységet végző orvos, valamint a honvédelmi szervezet orvosa is jogosult, aki a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló miniszteri rendelet szerinti valamely - nem háziorvosi - szakorvosi szakképesítéssel rendelkezik.

(3)\* A biztosítottat fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra a 2. § (2) bekezdésében meghatározott orvos utalhatja be.

(4)\* A biztosítottat

a) fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolásra és otthoni hospice ellátásra saját vagy kezelőorvosi kezdeményezésre a háziorvos,

b) krónikus ápolás finanszírozására szerződött egészségügyi szolgáltatónál történő intézeti ápolásra a háziorvos és a fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa utalhatja be.

(5)\* A biztosítottat rehabilitációs ellátásra kizárólag a rehabilitációt megalapozó megbetegedés gyógykezeléséhez szükséges szakorvosi szakképesítéssel rendelkező orvos és e megbetegedéshez kapcsolódó esetleges szövődmények tekintetében illetékes szakorvos, illetve a rehabilitáció vagy fizioterápia szakorvosa utalhatja be. A 0-3 év közötti gyermeket habilitációs kezelésre a háziorvos, házi gyermekorvos is beutalhatja.

(6)\* A biztosítottat szenvedélybetegsége esetén - az akut elvonási időszakot követően - pszichiáter, addiktológus szakorvos vagy háziorvos utalhatja be rehabilitációs ellátásra.

(7)\* A (6) bekezdés szerinti szenvedélybeteg rehabilitációja történhet a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény hatálya alá tartozó, az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedéllyel rendelkező személyes gondoskodást nyújtó intézményben is.

(8)\* Az Ebtv. 20. § (4) bekezdése alapján a 3/A. § (10a) bekezdése szerinti beutalót - a miniszteri rendeletben meghatározott esetben - a keresőképtelen állományba vevő orvos vagy a felülvéleményező főorvos állíthatja ki.

(9)\* Laborvizsgálat és képalkotó diagnosztikai ellátás nem végezhető beutaló nélkül, kivéve ha a 4. § (1) bekezdés b) pontjában meghatározott eset áll fenn.

**3/A. §\*(1)\*** A biztosítottat - az Ebtv. 18. § (4) bekezdésében foglaltak figyelembevételével és a (2) bekezdésben meghatározott kivétellel - a biztosított választása alapján ahhoz a - progresszivitási szintnek megfelelő - járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóhoz, illetve abba a fekvőbeteg-gyógyintézetbe kell beutalni, amelyik ellátási területéhez a beutaló szerinti ellátás tekintetében

a) a biztosított bejelentett lakóhelye,

b) a biztosított bejelentett tartózkodási helye, vagy

c) ha a beutaló orvos háziorvos (ideértve a hajléktalanok ellátására külön jogszabály alapján szerződött háziorvosi ellátást nyújtó szolgáltatót is), akkor a háziorvos telephelye (ennek hiányában székhelye) tartozik.

(1a)\* Az (1) és az (1c) bekezdés alapján választott - beutaló szerinti - egészségügyi szolgáltató nem utasíthatja el a biztosítottat arra hivatkozva, hogy nem rendelkezik a biztosított szempontjából területi ellátási kötelezettséggel.

(1b)\* Az egészségügyi szolgáltató nem tagadhatja meg a biztosított intenzív ellátását arra hivatkozva, hogy az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény 5/A. § (7) bekezdése szerinti nyilvántartásban szereplő ellátási területe alapján nem rendelkezik a biztosított szempontjából területi ellátási kötelezettséggel, ha az intenzív ellátás az ellátási területen kívülről fogadott biztosított szakellátásához - ide nem értve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 77. §-ában meghatározott ellátásokat - kapcsolódik.

(1c)\* A szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató által foglalkoztatott személyt és a közeli hozzátartozóját választása alapján az (1) bekezdés szerinti szolgáltató helyett a foglalkoztató egészségügyi szolgáltatóhoz kell beutalni.

(2)\* A beutaló orvos a biztosított kérésére az (1) és az (1c) bekezdésben meghatározottól eltérő, az adott szakellátás tekintetében a biztosított ellátására területileg nem kötelezett egészségügyi szolgáltatóhoz utalja be a biztosítottat, ha a szolgáltató a beutaló orvos vagy a biztosított felé írásban nyilatkozott arról, hogy fogadja a biztosítottat.\*

(3)\* A (2) bekezdésben meghatározott esetben a szakellátást nyújtó szolgáltató a beutaló orvos megkeresésére 48 órán belül írásban (postai vagy elektronikus úton) nyilatkozik arról, hogy fogadja-e a biztosítottat.\*

(4)\* Az egészségügyi szolgáltató a (3) bekezdés szerinti előzetes megkeresés során az ellátást csak az Ebtv. 18. §-ának (3) bekezdésében meghatározott esetben tagadhatja meg.\*

(5)\* A beutaló orvos vagy a biztosított felé a (2) bekezdés szerint tett nyilatkozat tényét, illetve a (3) bekezdés szerinti megkeresés tényét és a megkeresésre kapott választ a biztosított egészségügyi dokumentációjában kell rögzíteni, valamint a (2) bekezdés szerinti nyilatkozat egy példányát a biztosított rendelkezésére kell bocsátani.\*

(5a)\* Az uniós beteget ahhoz a - progresszivitási szintnek megfelelő - járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóhoz, illetve abba a fekvőbeteg-gyógyintézetbe is be lehet utalni, amelyik ellátási területéhez a beutaló szerinti ellátás tekintetében a beutalót kiállító orvos járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatójának a telephelye, illetve a székhelye szerinti település tartozik.

(6)\* A beutalás szerinti egészségügyi szolgáltató a biztosítottat abban az esetben utalhatja tovább magasabb progresszivitási szintű ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz, ha a biztosított ellátásához szükséges feltételekkel nem rendelkezik.

(7)\* Ha a járóbeteg-szakellátás orvosa a nála megjelent beteg további szakorvosi vizsgálatát tartja szükségesnek, orvosi konzíliumot kérhet, illetőleg a beteget - a 2. § (8) bekezdésében megállapított eset kivételével - továbbutalja a szakmailag illetékes másik szakrendelésre. Amennyiben a járóbeteg-szakellátás orvosa a beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezését tartja szükségesnek, a beteget fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja.

(8)\* Ha a beutaló szerinti fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa a gyógyintézet szolgáltatásait meghaladó vizsgálat szükségességét állapítja meg, a beteget átutalja a vizsgálatok, illetőleg a gyógykezelés elvégzéséhez megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szakellátást végző intézetbe.

(9)\* A (6)-(8) bekezdésben foglalt esetekben nem kell alkalmazni az (1)-(5) bekezdésben foglaltakat azzal, hogy a beteg szakellátásra utalásáról, illetőleg átutalásáról a beutaló orvos tájékoztatja a beteg háziorvosát.

(10)\* A beutalónak tartalmaznia kell:

- a) a beutaló orvos és munkahelyének azonosítására szolgáló adatot, megnevezését, kódját,
- b) a biztosított nevét, TAJ-át,
- c) a vizsgálatra vagy gyógykezelésre felkért szolgáltató nevét, intézményi azonosító kódját,
- d) a beutaló orvos által végzett ellátást azonosító naplósorszámot, a beteg rövid kórelőzményét,
- e)\* a beutaló diagnózis szöveges leírását, kódját, konzíliumi beutaló esetén a konkrét kérdést,
- f) annak megjelölését, hogy a beutalt biztosított tekintetében rendelkezik-e az adott szakellátás tekintetében a c) pont szerinti egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettséggel,
- g) a beutaló kiállításának dátumát,
- h) a (10b) bekezdés a) pontja szerinti időpontot, ha az későbbre esik a beutaló kiállításától számított 90. napnál,
- i)\* nem engedélyköteles külföldön történő gyógykezelés esetén az igénybe venni kívánt beavatkozás OENO kódját.

(10a)\* Az Ebtv. 20. § (4) bekezdése szerinti esetben a beutalónak - a kötelező tartalmi elemein túl - tartalmaznia kell

- a) azt a tényt, hogy a beutaló orvos a biztosítottat a keresőképtelenségével összefüggő betegsége miatt soron kívül utalja be,
- b) azt, hogy a biztosított keresőképtelensége ugyanazon betegségből adódóan folyamatosan hány napja áll fenn, valamint
- c) a biztosított táppénzes naplósámát.

(10b)\* A (10), illetve a (10a) bekezdésben foglaltaknak megfelelő beutaló

a) a 2. § (6) bekezdése szerinti ellátáshoz kapcsolódó ellátások esetében a beutaló orvos által a beutalón megjelölt időpontig, de legalább 90 napig,

b) az a) pont alá nem tartozó esetben a kiállításától számított 90 napon belül használható fel.

(10c)\* A (10b) bekezdés alkalmazásában a beutaló felhasználásának minősül

- a) a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltatóhoz történő bejelentkezés a beutaló szerinti ellátásra,
- b) a beutaló szerinti ellátás igénybevételének megkezdése a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltatónál, vagy
- c) a beutaló szerinti ellátás igénybevétele a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltatónál.

(10d)\* A beutalóra adott szakvélemény tartalmazza a beutaló orvos kérdéseire adott válaszokat, a betegség okozta elváltozásokat, az esetleges további teendők szükségességét, ismételt szakkonzíliumot vagy szakkonzíliumokra tett javaslatot. A keresőképeség véleményezéséről csak a beutaló orvos ez irányú kérdésére lehet nyilatkozni.

(10e)\* A (10) bekezdésben foglaltaktól eltérően a várandósgondozásról szóló miniszteri rendelet szerinti, a várandósgondozási könyvben szereplő, beutalóhoz kötött vizsgálatok tekintetében beutalónak minősül a várandósgondozási könyv, ha tartalmazza a beutaló gondozó háziorvos nevét, pecsétjét és aláírását, a várandósságot igazoló BNO-kódot, valamint a (10) bekezdés a), b), d) és g) pontja szerinti adatokat. A beutaló a (10) bekezdés g) pontja szerinti időponttól számított 300. napig használható fel.

(11)\* Az Ebtv. 18. § (1) bekezdésében foglaltak vizsgálatához a NEAK rendszeresen tájékoztatja a finanszírozott egészségügyi szolgáltatót a beutalásra jogosult orvosok kódjáról.

(12)\* Az egészségügyi szolgáltató belső szabályzatában nevezi meg azon személyt, aki a (2) bekezdésben meghatározott nyilatkozatot megteheti.

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

a)\* a NEAK-kal 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.

**4/A. §<sup>\*</sup>** (1) Az orvos a beutalót az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény szerinti Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT) útján is kiállíthatja. Az EESZT útján kiállított beutalóra e rendelet szabályai az e §-ban meghatározott eltérésekkel alkalmazandóak.

(1a)<sup>\*</sup> A beutalót az EESZT útján kell kiállítani, ha a beutalás

a) a 2. § (2) bekezdés a) vagy b) pontja - ide nem értve a fogorvos által kezdeményezett szakkonzíliumot -,

b) a 3. § (4) bekezdés b) pontja vagy

c) a 3. § (5)-(7) bekezdése

alapján történik.

(1b)<sup>\*</sup> Az (1a) bekezdés nem alkalmazható, ha a beutalás időpontjában az EESZT nem elérhető.

(2)<sup>\*</sup> Az EESZT útján kiállított beutaló esetében a beutaló orvos a beteg kérésére papíralapú igazolást állít ki a beutalóról. Az igazolás az elektronikus beutaló adattartalmát és az elektronikus beutaló EESZT azonosítóját tartalmazza vonalkódos és szövegesen olvasható formában.

(3) Az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a beutalót az EESZT útján tekinti meg és ellenőrzi, valamint az EESZT útján rögzíti az ellátás megtörténtét. Ha az adatok rögzítése bármely okból sikertelen, az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató az ellátást követő 24 órán belül köteles az adatokat rögzíteni.

(3a)<sup>\*</sup> Az EESZT útján kiállított beutaló esetén, ha az EESZT üzemszünet vagy üzemzavar miatt nem elérhető, az ellátás a (2) bekezdés szerinti papíralapú igazolás alapján is nyújtható. Ilyen esetben az adatok rögzítésére vonatkozó kötelezettséget az üzemszünet esetén annak végét, üzemzavar esetén annak tényleges megszűnését követő négy napon belül kell teljesíteni.

(4) A beutaló orvos a beutaló kiállításával egyidejűleg, vagy a beteg a beutaló érvényességi idején belül az EESZT erre szolgáló internetes felületén az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz időpontot tud foglalni.

(5) Ha az EESZT útján kiállított beutalón javítást vagy más változtatást kell eszközölni, a beutaló orvos a beutalót a változtatás okának megjelölésével az EESZT útján visszavonja. A beutaló orvos ilyen esetben értesíti a beteget - kivéve, ha a változtatás szükségességét a beteg jelzi az orvos felé -, és gondoskodik új beutaló kiállításáról.

**4/B. §<sup>\*</sup>** (1) Az egészségügyi szolgáltatók kötelesek az EESZT útján közzétenni és folyamatosan frissíteni az e rendelet szerinti beutalóval igénybe vehető szolgáltatásaikra nyitva álló szabad időpontokat.

(2) Az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató az (1) bekezdés szerint közzétett időpontokat - kivételes esetben, alapos okból - az EESZT útján módosíthatja vagy törölheti. Lefoglalt időpont módosítása, vagy törlése esetén az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató köteles a beteg értesítésére, valamint új időpont egyeztetésére.

**5. §** (1) A szülészeti ellátás keretébe tartozó genetikai tanácsadást és az ehhez szükséges diagnosztikai vizsgálatokat, továbbá a meddőség tényének és okának megállapításához szükséges vizsgálatokat a biztosított szülész-nőgyógyász vagy urológus szakorvos beutalása alapján veheti igénybe.

(2) A terhesség orvosi indikáció alapján történő megszakítására a biztosított az 1992. évi LXXIX. törvény 6. §-ának és 12. §-ának (1)-(4) bekezdésében foglaltak szerint jogosult.

(3)<sup>\*</sup> A csecsemő 8 hónapos koráig az egészségügyért felelős miniszter rendeletében meghatározott esetekben fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátása során, továbbá járóbeteg-szakellátása során a gyermekgyógyász szakorvos, illetve házi(gyermek)orvos rendelése alapján jogosult térítésmentesen anyatejjelátásra.

(4)<sup>\*</sup> Az anyatej társadalombiztosítási támogatás alapját képező literenkénti árát az egészségügyért felelős miniszter rendelete tartalmazza.

(5)<sup>\*</sup> Az Ebtv. 17. §-ának alkalmazásában a fogyatékos gyermekek tekintetében egészségügyi intézményen a fogyatékos gyermek ellátását, korai fejlesztését és gondozását, fejlesztő felkészítést végző, rehabilitációs célú szolgáltatást nyújtó intézményeket és a konduktív pedagógiai intézményt is érteni kell, amennyiben az intézmény egészségügyi szolgáltatásának igénybevételére a mozgásszerveket érintő kórállapot miatt kerül sor.

**5/A. §<sup>\*</sup>** A beutalásra jogosult orvosnak a biztosított beutalása során figyelembe kell vennie az egészségügyi államigazgatási szerv beutalási rendre vonatkozó előírásait.

**Térítési díjak nyilvánosságra hozatala Ebtv. 25. §-a**

A jogszabály 2022.03.04-én hatályos állapota.

**25. § (1)<sup>\*</sup>** Az egészségügyi szolgáltató jól látható helyen kifüggeszti a térítési díjak feltüntetésével a szolgáltatónál térítési díj fizetése mellett igénybe vehető szolgáltatások jegyzékét, továbbá a szolgáltatás megkezdése előtt a biztosítottat tájékoztatja az indokolt és az általa igényelt térítésköteles szolgáltatások díjáról.

**(2)<sup>\*</sup>** A (3) bekezdésben említett szolgáltatások kiegészítő térítési díját a szolgáltató állapítja meg azzal, hogy ez nem tartalmazhat az ellátással kapcsolatban olyan beavatkozásra számított díjat, amelyet a biztosított térítésmentesen jogosult igénybe venni.

**(3)<sup>\*</sup>** A (2) bekezdésben foglaltak alapján a kiegészítő térítési díj számításánál

**a)<sup>\*</sup>**

**b)<sup>\*</sup>**

**c)<sup>\*</sup>** a 24. § (4) bekezdésben foglalt egyéni igény szerinti étkezés tekintetében az intézeti nyersanyagnorma és a többlet-nyersanyagköltség különbözetét kell alapul venni.

**(4)<sup>\*</sup>** A 24. § (4) bekezdésében foglalt magasabb színvonalú elhelyezés tekintetében a szolgáltató ápolási naponkénti díjat állapít meg.

**(5)<sup>\*</sup>** A részleges térítési díjat a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló kormányrendelet állapítja meg a 23. § a), c) és k) pontjában, valamint a 23/A. § c) pontjában foglalt ellátások tekintetében.

**(6)<sup>\*</sup>**



### **A Pénzkezelési szabályzatnak a térítési díjak beszedésének és elszámolásának rendjére vonatkozó kivonata**

A térítési díjak beszedése és elszámolása:

Az adózás rendjéről (Art) szóló törvény értelmében minden térítési díj fizetésére kötelezett betegnek számlát, vagy nyugtát kell adni a térítési díj megfizetéséről.

A Karolina Kórház Rendelőintézetben minden térítési díj megfizetését számlával kell igazolni. A számla első példánya minden esetben a befizetőt illeti, melyet bélyegzővel, és aláírással is el kell látni.

Számlát kell adni a biztosítással nem rendelkező betegeknek az általuk megfizetett térítési díjról, illetve a biztosítottak részleges térítési díjáról is.

A részletes szabályozást a Karolina Kórház Rendelőintézetre vonatkozóan „A TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGÁLLAPÍTÁSA, NYILVÁNOSSÁGRAHOZATALÁNAK ÉS BEFIZETÉSÉNEK RENDJE” c. szabályzat (Szabályzat) tartalmazza.

A térítési díjak megfizetésénél törekedni kell a készpénzes fizetésre, azonban kivételesen átutalás is engedélyezhető. Ez utóbbi esetben az ellátás, és a térítési díj fizetési kötelezettség elismeréséről a Szabályzatban megjelölt elismervényt kell kiállítani.

Amennyiben a térítési díj fizetése a kötelezett helyett átvállalásra kerül, az átvállalást igazolni kell, vagy az elismervény aláírásával, vagy az intézmény nevére szóló hivatalos igazolással, vagy ezzel egyenértékű dokumentummal.

A kifizető helyeken a pénzkezelést az adminisztrátor vagy asszisztens végzi, távollét esetén gondoskodni kell a helyettesítéséről, a pénz átadásáról és átvételéről a pénzkezelési szabályzatban rögzített nyomtatvány szerint.

*A pénzt tárolására alkalmas zárható vaskazettában kell őrizni .*

A vaskazetta kulcsa a pénzkezeléssel megbízott asszisztensnél van, vagy távollétében annál a személynél akinek a pénzkezelési szabályzatban leírtaknak megfelelően átadta pénz kezelését .

**A pénz elszámolása a főpénztár felé a pénzkezelési szabályzatban leírtaknak megfelelően történik.**

**301/2016. (IX. 30.) Korm. rendelet**  
**a közérdekű adat iránti igény teljesítéséért megállapítható költségtérítés mértékéről**

A jogszabály 2022.03.04-én hatályos állapota

A Kormány az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 72. § (1) bekezdés *b)* pontjában kapott felhatalmazás alapján, az Alaptörvény 15. cikk (1) bekezdésében meghatározott feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

**1. § (1)** Az igényelt adatokat tartalmazó adathordozó költségeként az alábbi mértékek vehetők figyelembe:

*a)* papír alapon nyújtott színes másolat esetén az adathordozó közvetlen önköltsége, de legfeljebb

*aa)* 130 Ft/másolt A/4-es oldal,

*ab)* 260 Ft/másolt A/3-as oldal,

*b)* papír alapon nyújtott fekete-fehér másolat esetén az adathordozó közvetlen önköltsége, de legfeljebb

*ba)* 12 Ft/másolt A/4-es oldal,

*bb)* 24 Ft/másolt A/3-as oldal,

*c)* optikai adathordozón nyújtott másolat esetén az adathordozó közvetlen önköltsége, de legfeljebb 580 Ft/adathordozó,

*d)* elektronikus úton használható egyéb adathordozón nyújtott másolat esetén az adathordozó közvetlen önköltsége.

(2) A másolatkészítéshez szükséges eszközök rendelkezésre állásának átmeneti vagy tartós hiánya esetén - az (1) bekezdésben meghatározott mértéktől eltérően - az igényelt adatokat tartalmazó adathordozó költségeként a közvetlenül a másolatkészítés érdekében felmerült, ahhoz feltétlenül szükséges, bizonylattal igazolt költség vehető figyelembe. Az adatkezelőnek az *e* bekezdésben meghatározott mérték alkalmazhatóságát az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) 31. § (2) bekezdésében meghatározott bizonyítási kötelezettség keretében kell igazolnia.

(3) A papír alapon nyújtott másolat költsége csak az adatigénylés teljesítéséhez szükséges másolt oldalak azon része tekintetében vehető figyelembe, amellyel a másolt oldalak száma a tízet meghaladja.

**2. §** Az igényelt adatokat tartalmazó adathordozó kézbesítési költségeként legfeljebb az alábbi mértékek vehetők figyelembe:

*a)* az adatigénylő részére postai úton, Magyarország területén belül való kézbesítés esetén a hivatalos iratokra vonatkozó belföldi postai szolgáltatás díja,

*b)* az adatigénylő részére postai úton, külföldre történő kézbesítés esetén az egyetemes postai szolgáltatás keretében térítendő többletszolgáltatással feladott, könyvelt küldeményre vonatkozó postai szolgáltatás díja.

**3. § (1)** Az adatigénylés teljesítésével összefüggő munkaerő-ráfordítás költsége - az Infotv. 29. § (5) bekezdés *c)* pontjában foglalt feltétel teljesülése mellett - abban a mértékben vehető figyelembe, amennyivel az adatigénylés teljesítéséhez szükséges munkaerő-ráfordítás időtartama meghaladja a 4 munkaórát.

(2) Az adatigénylés teljesítésével összefüggő munkaerő-ráfordításként az igényelt adat felkutatásához, összesítéséhez és rendszerezéséhez, az igényelt adat adathordozójáról másolat készítéséhez és a másolaton a meg nem ismerhető adatok felismerhetetlenné tételéhez szükséges időtartam vehető figyelembe.

(3) Ha az adatigénylés teljesítésére elektronikus úton kerül sor, a másolat készítéséhez szükséges időtartam csak akkor vehető figyelembe, ha elektronikus formában rendelkezésre nem álló adat igénylésére került sor, vagy a másolat készítéséhez szükséges időtartam rövidebb az elektronikus formában rendelkezésre álló adat rendelkezésre bocsátásához szükséges időtartamnál.

**4. § (1)** A munkaerő-ráfordítás összes költségét a munkaerő-ráfordítás személyenkénti költségeinek összegeként kell megállapítani.

(2) A munkaerő-ráfordítás időtartamát személyenként a kerekítés szabályainak megfelelően egész órára kell kerekíteni.

(3) A munkaerő-ráfordítás személyenkénti költségét akként kell meghatározni, hogy az adatigénylés teljesítésében közreműködő személy által az adatigénylés teljesítésével összefüggésben teljesített munkaórák számát meg kell szorozni *e* személy egy munkaórára eső tényleges munkaerőköltségével, ahol tényleges munkaerőköltségnek az *e* személyt megillető rendszeres személyi juttatások összegét kell tekinteni.

(4) Az adatigénylés teljesítésével összefüggő munkaerő-ráfordítás összes költségéként legfeljebb munkaóránként átlagosan 4400 Ft vehető figyelembe.

**4/A. §\***

**5. §** A közérdekű adat iránti igény teljesítéséért fizetendő költségtérítés megállapítható mértékébe nem számítható bele az az - adatigénylőnek visszafizetendő - összeg, amellyel az Infotv. 29. § (4) bekezdése alapján az adatigénylés teljesítését megelőzően megfizetett költségtérítés az adatigénylés teljesítésének az 1-4. § alapján meghatározott tényleges költségét meghaladta.

**6. §** A költségtérítésnek az 1-4. § alapján meghatározott mértéke tekintetében az Infotv. 29. § (4) bekezdése szerint figyelembe veendő összeghatár mértéke 5000 Ft.

**7. §** Ez a rendelet a kihirdetését követő 15. napon lép hatályba.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár közleménye a menekültek egészségügyi ellátására vonatkozó szabályokról (2015.07.21.)

A Magyarországra érkező **menekült, menedékes és oltalmazott** státuszt igénylő személyek egészségügyi ellátásra vonatkozó jogosultsága a menekülti, menedékesi és oltalmazotti státuszának elismerésére (együttesen: elismerési eljárás) vonatkozó hatósági eljárás függvényében alakul. Az elismerési eljárás megindítása iránti kérelem benyújtása előtti, az elismerési eljárás időtartama alatt és az elismerési eljárást lezáró menekültügyi hatóság döntését követően is más az érintett személyek egészségügyi ellátásra való jogosultsága. E szabályokat a menedékjogról szóló 2007. évi LXXX. törvény, valamint annak végrehajtásáról szóló 301/2007. (XI. 9.) Korm. rendelet, továbbá az 1997. évi CLIV. törvény, a 1997. LXXX. törvény, az 1997. évi LXXXIII. törvény és a 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet tartalmazza.

#### Az elismerési eljárás megindítása iránti kérelem benyújtása előtti egészségügyi ellátásra való jogosultság

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény rendelkezései alapján, Magyarország területén tartózkodó valamennyi személy részére igénybevitel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül biztosítani kell

- a járványügyi ellátások közül a kötelező védőoltást (kivéve a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltást), a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatot, a kötelező orvosi vizsgálatot, a járványügyi elkülönítést, a fertőző betegek szállítását;
- a mentést, amennyiben az adott személyi sérüléssel járó baleset, tömeges baleset, egészségügyi válsághelyzet, életveszély, vagy annak gyanúja, heveny vagy riasztó tünetekkel járó esetek, szülészeti esemény, ha az erős fájdalom vagy egyéb súlyos heveny tünet csillapítása, heveny tudatzavar, veszélyeztető állapot vagy annak gyanúja miatt azonnali ellátásra szorul;
- sürgős szükség esetén a külön jogszabályban meghatározott ellátásokat.

A fenti ellátások közül a mentés és a sürgős szükség miatti ellátás esetén az egészségügyi szolgáltatók kötelesek vizsgálni, hogy ellátások költségei behajthatóak-e. Amennyiben Községi szabály, nemzetközi szerződés alapján az ellátott személy nem jogosult a térítésmentes egészségügyi ellátásra, az egészségügyi szolgáltató az ellátásért térítési díjat kérhet. Abban az esetben, amennyiben az ellátott az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, az ellátás díját a központi költségvetés biztosítja az Egészségbiztosítási Alapon keresztül, a vonatkozó eljárás lefolytatását követően.

#### Az elismerési eljárás megindítása iránti kérelem benyújtását követő egészségügyi ellátásra való jogosultság

A menekült, az oltalmazott, a menedékes és a befogadott státusz elismerését kérelmezők betegségük esetén az egészségügyi szolgáltatások közül térítésmentesen jogosultak:

- a háziorvosi ellátás körébe tartozó vizsgálatokra és gyógykezelésre;
- a sürgős szükség esetén igénybe vett járóbeteg-szakellátás keretében történő vizsgálatra, gyógykezelésre, továbbá az ellátás során felhasznált gyógyszerre és kötszerre;

- a sürgős szükség esetén igénybe vett fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra, valamint annak során az orvos előírása szerinti gyógykezelésre - ideértve a műtéti beavatkozásokat, továbbá az annak során felhasznált gyógyászati anyagokat és protetikai eszközöket -, gyógyászati ellátásra, a gyógykezeléshez szükséges gyógyszerre, kötszerre és étkezésre;
- a járóbeteg-szakellátást vagy a fekvőbeteg-szakellátási kezelést követően a betegségből való gyógyulásig, illetve állapota stabilizálódásáig;

o a szükséges vizsgálatra és gyógykezelésre,

o a közgyógyellátás körébe nem tartozó gyógyszerekre, mással nem helyettesíthető gyógyszerre és a gyógyszer beadásához szükséges gyógyászati segédeszközre;

- orvos által rendelt, jogszabályban meghatározott egyéb gyógyászati segédeszközre, valamint annak javítására;
- sürgősségi fogászati ellátásra és fogmegtartó kezelésre, feltéve, hogy a legalacsonyabb térítési kategóriába tartozó kezelést veszi igénybe;
- terhességfolyamatra és szülészeti ellátásra, illetve a magzati élet védelméről szóló törvényben meghatározott feltételek szerint a terhesség megszakítását célzó beavatkozásra;
- külön jogszabály szerint a „közgyógyellátásra jogosultak” részére térítésmentesen, illetve „egészségügyi rendelkezés” alapján 90%-os vagy 100%-os társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerre és kötszerre;
- bizonyos esetekben, mint például szülészeti ellátás vagy sürgős szükség esetén igénybe vett fekvőbeteg-szakellátás esetében betegszállításra, ha egészségügyi állapota miatt a szállítás másként nem oldható meg;
- az életkorához kötött kötelező védőoltásra.

Fontos kiemelni, hogy szélesebb körben jogosultak ellátásokra az ún. különleges bánásmódot igénylő személyek, mint például a kiskorú, fogyatékkal élő személy. Ezen személyek jogosultak az egészségi állapotukra figyelemmel indokolt egészségügyi szolgáltatások igénybevételére, rehabilitációs, pszichológiai valamint klinikai szakpszichológiai ellátásra, továbbá pszichoterápiás kezelésre is.

Ezen ellátások díját illetve a szolgáltatások költségét a menekültügyi hatóság téríti meg az egészségügyi szolgáltatóknak, ha annak megfizetését nemzetközi egyezményben Magyarország nem vállalta. Az egészségügyi szolgáltatók az elvégzett szolgáltatást az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak jelentik. A jelentések alapján történő elszámolást - az egészségügyi szolgáltatások szerinti részletezésben - a NEAK havonta elküldi a menekültügyi hatóságnak. A menekültügyi hatóság az egészségügyi szolgáltatásokra való elszámolást - a jogosultságot illetően - ellenőrzi, és az ellátás díját a NEAK-nek utalványozza. A NEAK a számláján történt jóváírás után az ellátások díját továbbutalja az egészségügyi szolgáltatóknak.

A menekültként, menedékesként, oltalmazottként **elismert személy** egészségügyi ellátásra való jogosultsága

A menekültként, illetve oltalmazottként **elismert személy** – ha nem áll társadalombiztosítási jogviszonyban – az elismerésről szóló határozat jogerőre emelkedésétől számított egy évig egészségügyi ellátásra oly módon jogosult, mint az elismerési eljárás során. Az egy év leteltét követően a belföldiséggel rendelkező menekültekre az általános társadalombiztosítási szabályok vonatkoznak, azaz esetükben is a biztosított vagy jogosulti jogviszonya (pl. munkaviszony) alapozza meg az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot.

Amennyiben a menekültként, menedékesként, oltalmazottként elismert személymunkaviszonyt vagy vállalkozói jogviszonyt létesít, akkor biztosítottá válik, ezáltal jogosultságot szerez az egészségbiztosítás természetbeni és pénzbeli ellátásaira.

Fontos kiemelni, hogy a Magyarországon lakó-, vagy tartózkodási hellyel rendelkező kiskorú, valamint a köznevelésről szóló törvény hatálya alá tartozó nappali rendszerű iskolai oktatás keretében vagy nappali oktatás munkarendje szerinti köznevelési intézményben, továbbá a nemzeti felsőoktatásról szóló törvény hatálya alá tartozó felsőoktatási intézményben nappali rendszerű oktatás keretében tanulmányokat folytató nagykorú menekültek a belföldiség és a kiskorúság, valamint a belföldiség és a tanulói/hallgatói jogviszony alapján szereznek jogosultságot egészségügyi szolgáltatásra.

Azon belföldi menekült, aki nem rendelkezik sem biztosított, sem jogosulti jogviszonnyal és legalább egy éve bejelentett lakóhellyel rendelkezik Magyarországon, egészségügyi szolgáltatási járulékfizetés alapján válhat jogosulttá egészségügyi szolgáltatásra.

Budapest, 2015. július 21.

### ***Országos Egészségbiztosítási Pénztár*** *egészség, biztonság*

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár tájékoztatója a menekültek, menedékesek sürgősségi ellátásának jelentésére vonatkozóan

A Magyarország területére belépő migránsok egészségügyi ellátásnak finanszírozásában azok az esetek jelentenek problémát, amelyekben az ellátást igénylő beteg nem jutott el az elismerését kérő státuszba, nem adott be kérelmet a menekültügyi hatósághoz. Jellemzően a zöldhatáron elfogott emberekről van szó, akik láthatóan rossz egészségi állapotban vannak, ezért a határrendészet/rendőrség indokoltnak látja azonnali orvosi ellátásukat. Ez lehet házi orvosi praxis, járóbeteg-szakellátó vagy fekvőbeteg-ellátó intézmény is.

Mivel a betegnek nem volt lehetősége beadni a menekültstátusz iránti kérelmét, nincs olyan azonosítója (igazolványa), amelyet a BÁH elfogadna az ellátásuk finanszírozására. Az ellátás megtörténte után a migránsok nagy része továbbutazik, nem jelentkeznek a számukra kijelölt befogadó állomáson és elhagyják Magyarország területét. Jövedelemmel, lakcímmel nem rendelkeznek, tehát behajthatatlan az eü. intézmény számára az ellátás fedezete. Az érintett személyek a **befogadási eljárásnak az elismerési eljárás megindítása iránti kérelem benyújtása előtti** szakaszában vannak.

Mivel a Magyarország területén tartózkodók részére igénybevitel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül biztosítani kell járványintézkedéseken túl a **mentést és a sürgős szükség szerinti ellátást, ez az elismerési eljárás megindítása iránti kérelem benyújtása előtt is jár** a menekülteknek.

Az egészségügyi szolgáltatók kötelesek vizsgálni, hogy ellátások költségei behajthatóak-e. Amennyiben Közösségi szabály, nemzetközi szerződés alapján az ellátott személy nem jogosult a térítésmentes egészségügyi ellátásra, az egészségügyi szolgáltató az ellátásért térítési díjat kérhet. Abban az esetben, amennyiben az ellátott az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, az ellátás díját a központi költségvetés biztosítja az Egészségbiztosítási Alapon keresztül, a vonatkozó eljárás lefolytatását követően.

A 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet 4.§. (10) bekezdésében meghatározottak szerint „S” térítési kategóriában jelentheti elszámolásra a fent jelzett eseteket.

„43/1999. (III.3.) Korm. rendelet 4.§. (10) A Magyarországon tartózkodó beteg sürgősségi ellátása esetén a szolgáltató köteles vizsgálni, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 142. § (2) bekezdés b) és c) pontja szerint nyújtott ellátások költségei behajthatóak-e más forrásból. A szolgáltató Közösségi szabály vagy nemzetközi szerződés alapján jogosult személy esetében kezdeményezi a jogosultság-igazolás kiadását az illetékes külföldi biztosítótól. Ha a külföldi biztosító a jogosultság-igazolás kiadását megtagadja, illetve ha Közösségi szabály, valamint nemzetközi szerződés hatálya alá nem tartozó személy az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, a szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését. A szolgáltató az esetet a beteg adatlapjának megküldésével és a térítési díj megfizetésének, illetve a behajtás eredménytelenségének egyidejű igazolásával a (2) bekezdés szerint pótlólag, legfeljebb a teljesítést követő hatodik hónap 5. munkanapjáig jelentheti a finanszírozó részére. A szolgáltatás kifizetése a (6) bekezdés szerint történik.”

**A „szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését” feltételt menedékes, menekült esetén a NEAK nem vizsgálja, tekintettel az ellátottak élethelyzetére, illetve a jelentés vonatkozásában az alábbiak alkalmazását kéri.**

A személyazonosító típusára a NEAK a Korm.rendelet 76/G. § (2) bekezdése alapján új pontot vezet be, így az ellátásokat az alábbiak szerint kell jelenteni:

„Térítési kategória: 'S' Magyarország területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

#### **5. Személyazonosító típusa**

0. a személyazonosító jel nincs kitöltve

1. TAJ szám

2. 3 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma

3. útlevélszám

5. menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma

6. ismeretlen TAJ számú elhunyt személy, illetve ismeretlen beteg

**9. személyazonosító a menekült, menedékes és oltalmazott státusz kérelmezését megelőzően nyújtott ellátás során”**

”6. Személyazonosító Jel

TAJ szám, illetve a személyazonosító típusának megfelelő egyéb azonosító

**Személyazonosító jel:** útlevélszám, vagy amennyiben a beteg nem rendelkezik útlevéllal, a rendőrségi ügyirat száma vagy egyéb nyilvántartási szám”

**Országos Egészségbiztosítási Pénztár**

**2019. évi CXXII. törvény**  
**a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről**

**46. § (1)** A 43. § (1) bekezdés *a*) pontja szerinti egészségügyi szolgáltatási járulék megfizetése alapozza meg az 22. § (1) bekezdés *v*) pontja szerinti személy egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságát.

(2)\* Ha az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett személy a 43. § (1) bekezdés *a*) pontja szerinti fizetési kötelezettségét nem teljesíti és az ebből keletkező hátralék összege meghaladja az egészségügyi szolgáltatási járulék havi összegének hatszorosát, a Társadalombiztosítási Azonosító Jel (a továbbiakban: TAJ szám) egészségügyi szolgáltatás igénybevétele vonatkozásában érvénytelen, az egészségügyi szolgáltatás térítésmentesen nem vehető igénybe. Az állami adó- és vámhatóság az egészségügyi szolgáltatás járulékfizetési kötelezettség nem teljesítéséből keletkező hátralékról szóló adatot átadja a biztosított nyilvántartás kezeléséért felelős szerv részére, amely ez alapján a TAJ számot egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljára érvényteleníti. A biztosítottak nyilvántartás kezeléséért felelős szerv a TAJ szám érvényességét az állami adó- és vámhatóságnak a tartozás megfizetéséről vagy a fizetési kedvezmény engedélyezéséről szóló adatszolgáltatását követő naptól állítja vissza. A tartozás utólagos megfizetése nem eredményezi a TAJ szám visszamenőleges érvényességét.

(3)\* Ha az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre nem kötelezett személy (így különösen az EGT más tagállamban biztosított személy) egészségügyi szolgáltatási járulék fizetés alapján vesz igénybe egészségügyi szolgáltatást, akkor a természetes személy köteles az egészségügyi szolgáltatás Egészségbiztosítási Alapot terhelő költségeit megtéríteni. Az igénybe vett egészségügyi szolgáltatás Egészségbiztosítási Alapot terhelő költségeinek megfizetésére az egészségbiztosítási szerv kötelezi a természetes személyt a közfinanszírozott szolgáltatótól beérkezett teljesítményjelentés alapján. Ha a kötelezett önként nem téríti meg a költségeket, a követelést az egészségbiztosítási szerv az állami adó- és vámhatóságnak adók módjára behajtandó köztartozásként átadja. A jogalap nélküli egészségügyi szolgáltatási járulék adószámlán előírt kötelezettség összegét az állami adó- és vámhatóság törli. Az egészségügyi szolgáltatási adószámláról a törlésből eredő túlfizetés csak akkor visszaigényelhető, ha az egészségbiztosítási szervnél a kötelezésre nem került sor, vagy a kötelezés alapján fizetendő díj igazoltan rendezésre kerül