

Ellátások betegség esetére – orvosi ellátás

Minden betegnek joga van – a jogszabályokban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan (napi 24 órában) hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz. Az az ellátás a megfelelő, amely az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik. Az egészségügyi ellátások igénybevételéhez különböző feltételek alapján támogatás jár.

Sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalomnak csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez minden betegnek joga van, azzal, hogy ezek támogatása ellátásonként eltérő.

A betegek megfelelő tájékoztatása érdekében az OEP által készített, biztosítottaknak szóló tájékoztatókat, kiadványokat az egészségügyi szolgáltatók a betegforgalom számára nyitva álló helyiségekben közzéteszik.

Költségvetési támogatással igénybe vehető orvosi ellátásokat az állam a központi költségvetésből vagy az Egészségbiztosítási Alapból támogatja, azzal, hogy az egészségügyi alapsomag részeként nyújtott ellátások igénybe vehetők az alapul szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül is. Az az egészségügyi szolgáltatás, amelynek fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva, az egészségügyi szolgáltató által meghatározott térítési díj ellenében, állami támogatás nélkül vehető igénybe. Az egészségügy átalakításának egyik lépése volt az ún. ellátási csomagok meghatározása, amely az alapsomagból, a biztosítási jogviszonyhoz kötött ellátásokból, illetve, az állam által nem támogatott, térítési díjhoz kötött ellátások kategóriájából áll.

Az egészségügyi ellátás azonos szakmai tartalommal illeti meg az ellátásokra jogosult személyeket, az egészségi állapot által indokolt mértékben, a vizsgálati, terápiás és finanszírozási eljárási rendek figyelembevételével.

Az egészségbiztosítás által támogatott orvosi ellátások igénybevétele során az ellátásra jogosultságot főszabály szerint hatályos TAJ kártyával, a személyazonosság igazolása mellett lehet igénybe venni.

A támogatott egészségügyi ellátás keretében a beteg a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségügyi miniszter által az adott ellátásra meghatározott finanszírozási eljárási rend, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rend szerinti szolgáltatásokra jogosult. E szabályoktól a kezelőorvos akkor térhet el, ha a beteg állapota és a gyógyítás szempontjai azt szükségessé teszik. Amennyiben a beteg kérésére az ellátó orvos eltér a finanszírozási-, illetve vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól, és ez többletköltséget okoz, a beteg részleges térítési díj megfizetésére köteles.

Amennyiben a beteg a vizsgálatok eredményét vitatja, vagy a javasolt vizsgálati, illetve terápiás módszerrel nem ért egyet, **jogosult egy további orvosi szakvéleményre és javaslatra.**

Amennyiben az egészségbiztosítás által támogatott ellátásra az egészségügyi intézmény a tb támogatást meghaladóan, jogellenesen térítési díjat fizettetett a beteggel, vagy az ellátás költsége más forrásból megtérül az intézménynek, az egészségbiztosító kötelezi az intézményt a térítési díjnak a beteg részére való visszafizetésére. Ugyanez a szabály vonatkozik az el nem végzett, de a beteggel megfizettetett, tb támogatott ellátások után fizettetett költségekre is.

[Biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül igénybe vehető ellátások \(alapsomag\)](#)

[Jogviszony ellenőrzés](#)

[Az Egészségbiztosítási Alapból nyújtott orvosi ellátások](#)

[A háziorvosi ellátás](#)

[A járóbeteg-szakellátás](#) (beutalás rendje)

[Fekvőbeteg-szakellátás](#)

[Részleges térítés mellett igénybe vehető ellátások](#)

[Méltányossági alapon az Egészségbiztosítási Alapból nyújtott orvosi ellátás](#)

[Várólista](#)

[Az ellátások igénybevételének ellenőrzése](#)

[Az E. Alapból nem támogatott ellátások](#)

Biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül igénybe vehető ellátások (alapsomag)

A Magyarország területén tartózkodó személyeknek az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony (pl. biztosítás) előzetes igazolása nélkül, az egészségügyi ellátási alapsomag részeként a következő egészségügyi ellátások járnak:

- **a járványügyi ellátások közül**
 - a kötelező védőoltás (kivéve a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltást),
 - a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálat,
 - a kötelező orvosi vizsgálat,
 - a járványügyi elkülönítés,
 - a fertőző betegek szállítása,
- azonnali ellátásra szoruló személy [mentése](#)
- [sürgős](#) szükség esetén a jogszabályban meghatározott ellátások (lásd lent)

Az állam a **központi költségvetésből** biztosítja a következő ellátások támogatását:

- a biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül is igénybe vehető, fent felsorolt ellátások,
- a Magyarországon lakóhellyel rendelkező várandós és gyermekágyas anya részére a család- és nővédelmi gondozás keretében
 - az egészségi állapotának védelmét és magzata egészséges fejlődésének ellenőrzését szolgáló szűrővizsgálatok,
 - a magzat egészséges fejlődését biztosító életmódról való tájékoztatás,
 - a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítés,
- a Magyarországon lakóhellyel (tartózkodási hellyel) rendelkező magyar állampolgár és a nemzetközi egyezmény alapján ellátásra jogosultak részére az állami érdekből végzett orvosi biológiai kutatások keretén belüli gyógyító célú eljárások alkalmazásával kapcsolatos ellátások,
- a Magyarországon tartózkodó személy elhalálozását követően a halottvizsgálat, illetve a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal összefüggő ellátások,
- a vérellátás megszervezése, valamint a vér rendelkezésre állása,
- a népegészségügyi feladatok,
- az egészség fejlesztése, az egészségnevelés szervezése, a családtervezési tanácsadás,
- a katasztrófa-egészségügyi ellátás,
- a Magyarországon lakóhellyel rendelkező személy részére nyújtott, a pszichiátriai betegek intézeti sürgősségi és kötelező gyógykezelésének máshonnan meg nem térülő költségei.

Sürgős szükség

Az ellátások igénybevétele során a sürgős szükség, mint elhatároló tényező fontos szerepet játszik, ezért az egészségügyi törvény definiálja, hogy mely állapot tekinthető sürgős szükségnek. Ez alapján sürgős szükségnek minősül az egészségi állapotban bekövetkezett **olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.**

A biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül igénybe vehető ellátások körének meghatározása során a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan egészségügyi tevékenység, amely [a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról szóló 52/2006. \(XII. 28.\) EüM rendelet](#) mellékletének felsorolásában szereplő, az életet veszélyeztető **állapotok és betegségek** szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében – a beteg állapotának stabilizálásáig – végeznek.

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. Eszméletlen állapotok
6. Status epilepticus és tüneti görcsrohamok
7. Hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, szemsérülés
8. Szepszis
9. Magas halálozású, vagy súlyos szövődmények 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 vérsejtképzés elégtelenségén alapuló heveny vérsejthiány-állapot
13. Veleszületett, vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély
14. Akut légzési elégtelenség, légút szűkület (Pl. gégeödéma, asthmás roham, idegentest, fulladás)
15. Mérgezések
16. Akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkel járó kórképek (Pl. bélelzáródás, appendicitis, perforatio, méhenkívüli terhesség, petefészek ciszta megrepedése, tuboovariális tályog, kocsánycsavarodott cysta, kizárt sérv, epegörcs, vesegörcs, vérvizelés)
17. Égés-fagyás (III.-IV. fokú és nagykiterjedésű 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, hóguta
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 szövődményeik révén az életet veszélyeztető állapotot idéznek elő.

A beutalóköteles, de **beutaló nélkül, illetve a beutalási rendtől eltérően igénybevett ellátások** során a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet a fent idézett jogszabályi felsorolásban szereplő, az [életet](#) veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében fekvőbeteg-ellátás keretében végeznek, a diagnózis felállításától a tisztázott kór állapot első alkalommal történő szakszerű ellátásáig.

A beteg orvosi beutaló nélkül akkor kezdeményezheti a járóbeteg- vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást, ha azt feltételezi, hogy egészségi állapota az azonnali ellátását indokolja és a beutalásra jogosult orvos felkeresése

az ellátását jelentősen késlelteti. Az ellátó intézményben a beteg vizsgálatát követően döntenek az azonnali ellátás szükségességéről. Amennyiben a vizsgálat megállapítása szerint a beteg egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását, az egészségügyi szolgáltató orvosa a biztosítottat a beutalására jogosult orvoshoz irányítja, ha pedig a beteg ennek közlése ellenére is kezdeményezi az azonnali ellátását, tájékoztatni kell az orvosi beutaló nélkül indokolatlanul igénybe vett egészségügyi ellátásért fizetendő térítési díjról. A beutaló köteles ellátás beutaló nélküli, ettől eltérő esetben való igénybevétele során más szakellátásra már nem lehet tb támogatással menni.

Laborvizsgálat és képalkotó diagnosztikai ellátás *nem vehető igénybe beutaló nélkül*, kivéve ha a beteg azt feltételezi, hogy egészségi állapota az azonnali ellátását indokolja és a beutalásra jogosult orvos felkeresése az ellátását jelentősen késlelteti

Jogviszony ellenőrzés

Az orvosi ellátások körében 2007. április 1-jétől indult el az ún. előzetes jogviszony ellenőrzés, amelynek hosszú távú célja, hogy az egészségbiztosítás természetbeni ellátásait csak az arra ténylegesen jogosultak vehessék igénybe.

Ennek során az OEP nyilvántartásában szereplő jogviszony adatokat ellenőrzi az egészségügyi szolgáltatók igénybevétele során, hogy meggyőződjenek arról, hogy az azt igénybe venni kívánó beteg szerepel-e az OEP nyilvántartásában. Felhívjuk a figyelmet, hogy az ellenőrzés eredménye az egészségügyi szolgáltatás biztosításának kötelezettségét nem érinti, tehát a betegeket akkor is el kell látni, ha az ellenőrzés eredménye alapján a beteg nem szerepel az egészségügyi ellátásra jogosultakról vezetett OEP nyilvántartásban.

A tb támogatással igénybevett egészségügyi ellátások előtt az egészségügyi szolgáltató – a TAJ számot igazoló hatályos hatósági igazolvány bemutatását követően, az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele megelőzően – az OEP nyilvántartásában on-line úton ellenőrzi, hogy a tb támogatott ellátás igénybevitelére jelentkezett beteg az OEP jogviszony nyilvántartásában az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e. A nyilvántartásban való ellenőrzést főszabály szerint időbeli korlát nélkül elektronikus úton biztosítja az OEP. Nem kell ellenőrizni a mentés, betegszállítás, védőnői szolgáltatás, otthoni szakápolás, iskola és ifjúság-egészségügyi ellátás, mozgó szakorvosi szolgálat, boncolás, illetve az olyan diagnosztikai és kórszövettani vizsgálat esetén, amely a beteg közvetlen jelenlétét nem igényli. Az ellenőrzést akkor sem kell elvégezni, ha az ellátásra nem az egészségügyi szolgáltató székhelyén, illetve telephelyén kerül sor.

Ha a beteg állapota az ellátás azonnali megkezdését indokolja, az ellenőrzést közvetlenül az egészségügyi szolgáltatás igénybevitelét követően, fekvőbeteg-szakellátás esetén legkésőbb az annak kezdetét követő első munkanapon kell elvégezni.

Kúraszerű ellátás esetén – ideértve a dialízis kezelést is – a kúra teljes ideje alatt, havonta egy alkalommal, a kezelés megkezdése előtt kell ellenőrizni, hogy az ellátott személy szerepel-e a jogosultakról vezetett OEP nyilvántartásban.

A 14. életévét be nem töltött beteg esetén a jogviszony-ellenőrzést egyszer, a 14 év alatti beteg első alkalommal történő ellátása során kell elvégezni. Az ellenőrzést ugyanazon ellátási formában egy napon nyújtott szolgáltatások számától függetlenül egyszer kell elvégezni.

A jogviszony ellenőrzés eredményéről tájékoztatni kell a beteget.

Ha a jogviszony ellenőrzés eredménye szerint a beteg az OEP nyilvántartásában jogosultként nem szerepel, erről és a jogviszonyának rendezési lehetőségeiről az egészségügyi szolgáltató – az OEP honlapról letölthető értesítés átadásával – köteles [tájékoztatni](#) a beteget. Az OEP egészségügyi szolgáltatásra jogosultakról vezetett nyilvántartásában nem szereplő személy – a jogosultsága fennállásának tisztázása érdekében – bármelyik regionális egészségbiztosítási pénztárat felkeresheti.

Fontos tudni, hogy ha nem szerepel valaki az OEP nyilvántartásában, az a beteg ellátását nem érinti, mert az ellenőrzés eredményétől függetlenül – az egyéb feltételek fennállása esetén – el kell látni a beteget, ezért térítési díj nem kérhető, és az ellátás sem tagadható meg az OEP nyilvántartás adataira hivatkozással. Az előzetes jogviszony ellenőrzés a betegek tájékoztatását szolgálja, ennek érdekében a beteg a jogosultsága tisztázása céljából bármelyik regionális egészségbiztosítási pénztárnál eljárást kezdeményezhet, ahol okirattal valószínűsítheti a jogviszonya fennállását. Ennek során felhasználható minden olyan közokirat és teljes bizonyító erejű magánokirat, vagy más, a bizonyításra alkalmas eszköz, amely a biztosítással járó jogviszony

fennállását, illetve az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot valószínűsíti, pl. az érintettnek az APEH-hoz vagy az egészségbiztosítóhoz való bejelentéséről kiállított igazolás, munkaszerződés vagy megbízási szerződés, a munkaberről, illetve a megbízási díjról szóló írásbeli elszámolással együtt, érvényes diákigazolvány, valamint a jogosultságot megalapozó ellátást (pl. nyugdíjat) megállapító jogerős határozat, stb.

Az egészségbiztosító a bejelentési és járulékfizetési kötelezettség teljesítésének ellenőrzése céljából az APEH-nak átadja azok adatait, akik úgy vettek igénybe egészségügyi szolgáltatást, hogy az OEP egészségügyi szolgáltatásra jogosultakról vezetett nyilvántartásában nem szerepeltek, illetve, akik a saját jogosultságuk tisztázása érdekében az egészségbiztosítási szervnél erre eljárást kezdeményeztek.

Az Egészségbiztosítási Alapból nyújtott orvosi ellátások

A háziorvosi ellátás

Annak érdekében, hogy a beteg ember számára biztosítható legyen, hogy lakóhelyén vagy annak közelében, választása alapján, nemétől, korától, betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, az alapellátás keretében szervezett egészségügyi szolgáltatás, a háziorvosi és házi gyermekorvosi /továbbiakban: háziorvos/ ellátás működik.

A háziorvosi ellátás feltételeinek megteremtése, az ellátandó terület meghatározása (utcajegyzék) az önkormányzat feladata.

A háziorvos az önkormányzattal kötött megállapodás alapján látja el a feladatait, de a háziorvosi tevékenység szakmai-, tartalmi előírásait, személyi-, tárgyi feltételeket jogszabályok határozzák meg. A háziorvosi tevékenység az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat által kiadott működési engedély alapján végezhető.

A tartósan betöltetlen háziorvosi körzetek megfelelő alapellátása biztosítása érdekében lehetőség van arra, hogy helyettesítő orvosként háziorvosi feladatokat lásson el olyan orvos, akinek még nincs meg a háziorvostan szakorvosi szakképesítése. Ez a helyettesítő orvosi feladat csak területi ellátási kötelezettséggel látható el.

Az ilyen típusú helyettesítéshez az érintett önkormányzatnak előzetesen igazolnia kell, hogy a területi ellátási érdek fennáll.

Háziorvostan szakorvosi szakképesítése nélkül a háziorvostan szakorvosi szakképesítése megszerzéséig (max. 4 évig) láthat el helyettesítő orvosi feladatokat az az orvos, aki a háziorvostan szakorvosi szakképesítést *ráépített szakképesítésként* megszerezheti. Továbbá háziorvostan szakorvosi szakképesítés nélkül a háziorvostan szakorvosi szakképesítés megszerzéséhez szükséges önálló háziorvosi tevékenység folytatására való jogosultsága megszerzéséig (max. 6 évig) helyettesítő háziorvosi tevékenységet végezhet az az orvos is, aki a háziorvosi szakképesítés megszerzéséhez szükséges *klinikai gyakorlatok megszerzésére vonatkozó egyéni képzési tervének elfogadását követően, a háziorvostan szakorvosi szakképzést megkezdte.*

A házi gyermekorvosi tevékenység még a tartósan betöltetlen háziorvosi körzetekben sem folytatható a megfelelő háziorvostan szakorvosi szakképesítés nélkül.

A háziorvosi szolgálat működését a regionális egészségbiztosítási pénztárakkal kötött szerződés alapján az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozzuk, a háziorvoshoz bejelentkezett ellátásra jogosultak száma alapján.

A háziorvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt a hozzá bejelentkezett lakosok számára. A betegek fogadása naponta, meghatározott rendelési időben, az orvosi rendelőben történik.

A betegeket – a sürgős esetek kivételével – érkezési sorrendben kell ellátni, de a rendelési idő egy részében biztosítani kell az előjegyzés lehetőségét is. A háziorvos hetente legkevesebb 15 órát, de munkanapokon legkevesebb 2 órát rendel.

Ha szükséges, az orvos a beteg otthonában is biztosítja az ellátást.

A munkaidőn kívüli folyamatos ellátás biztosítása érdekében ügyeletet kell szervezni, a háziorvos és az önkormányzat közti megállapodás alapján.

A háziorvos - házi gyermekorvos - köteles ellátni az ellátási területén (körzetben) lakókat, a hozzá bejelentkezett és általa elfogadott biztosítottakat, továbbá a rendelési idejében hozzá forduló személyeket, ha

heveny megbetegedésük vagy krónikus betegségük miatt ellátatlanságuk az egészséget károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezethet.

Vannak olyan házi orvosok, akik területi ellátási kötelezettséget nem vállalnak, de ha egyéb feltételekkel rendelkeznek, működési engedély birtokában az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján a bejelentett, és az őt választó betegek számára biztosítják a folyamatos házi orvosi ellátást.

Lehetőség van a korábban választott házi orvos helyett másik házi orvost választani. Évente egy alkalommal indokolás nélkül, ezen túlmenően indokolt esetben lehet átjelentkezni másik házi orvoshoz. Az ilyen átjelentkezéskor, az átjelentkezést elfogadó házi orvos – a biztosított írásbeli hozzájárulása alapján – átkéri az egészségügyi törzskarton kivonatát az előző házi orvostól.

A házi orvos feladatai:

- az egészséges ember számára tanácsadás
- szűrővizsgálatok elvégzése (közreműködés a népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokban)
- a beteg ember vizsgálata, gyógykezelése
- kézigyógyszertár kezelése
- a beteg ember egészségi állapotának ellenőrzése
- rehabilitáció
- gondozás
- ha szükséges, beutalás az ellátórendszer magasabb szintjére (szakrendelések, gondozóintézetek, kórházak, klinikák)
- a beteg keresőképtelenségének igazolása
- védőoltással kapcsolatos teendők
- fertőző betegségek bejelentése és gyógykezelése
- kórokozó hordozókkal kapcsolatos teendők
- egészségnevelés, egészségügyi felvilágosításban való részvétel.

A házi orvos, házi gyermekorvos munkáját **ápoló(nő) vagy asszisztens** segíti, illetve ahol terhességi- és gyermekellátást is folytatnak, ott **védőnő** közreműködése is szükséges. Munkájukat a házi orvos irányítja, de szakképzettségüknek megfelelően egyes feladatokat önállóan végeznek.

Az ápolónő feladata a házi orvos irányítása alapján:

- az orvos feladataihoz kapcsolt ápolási munka
- megelőzésben, szűrésben, gondozásban való részvétel
- a vizsgálathoz, gyógykezeléshez szükséges eszközök, anyagok előkészítése, fertőtlenítés, sterilizálás
- a beteg testi higiéniájának biztosítása vagy ennek megszervezése, abban segítségnyújtás
- sürgős orvosi ellátást igénylő esetben az ellátás megszervezése (házi orvos, ügyelet, mentő)
- szükség szerint elsősegély nyújtása
- otthonápolással, szakápolással kapcsolatos együttműködés
- egészségnevelés

A házi orvos a lakosság egészségének megóvása érdekében minden intézkedést megtesz a fertőző megbetegedések vagy arra gyanús esetek, járvány, kórokozó hordozás, ételmérgezés, ételfertőzés, rendkívüli események esetén.

A házi orvos szükség szerint hatóság vagy egyén kérelmére általános vizsgálatot végez, láttelelet készít, gépjárművezetői alkalmasságot igazol, rendkívüli esetben a mentést szervezi és irányítja a mentőszervezet megérkezéséig, ellátja a halottvizsgálatot és az ehhez kapcsolódó feladatokat.

A házi orvos, házi gyermekorvos külön megállapodás alapján oktatási intézményben (óvoda, általános iskola), szociális vagy egyéb intézményben szükséges orvosi ellátás elvégzését is vállalhatja.

A járóbeteg-szakellátás

Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás.

Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően (lakóhelyének közelében) kell biztosítani. Az egyes betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra, területi egységenként (általában városokban) – [erről részletesebben lásd [az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvényt](#) – biztosítják a járóbeteg-szakellátás különféle formáit:

Bőrgyógyászat és nemibeteg-ellátás - gondozás
Neurológia - gondozás
Klinikai onkológia - gondozás
Pszichiátria - gondozás
Tüdőgyógyászat - gondozás
Gyermek- és ifjúságpszichiátria - gondozás
Alkohológia (pszichiátriai szakfeladat) - gondozás
Drogbetegellátás - gondozás
Addiktológia (pszichiátriai szakfeladat) - gondozás
Sürgősségi betegellátás
általános belgyógyászat
angiológia, phlebológia, lymphológia
Haematológia
endokrinológia, anyagcsere és diabetológia
Gastroenterológia
Nefrológia
Geriátria
belgyógyászati kardiológia
belgyógyászati tüdőgyógyászat (pulmonológia)
allergológia és klinikai immunológia
endokrinológia
diabetológia
általános sebészet
esztétikai plasztikai sebészet
tüdő- és mellkassebészet
Érsebészet
idegsebészet
szívsebészet
proktológia
csecsemő- és gyermekszívsebészet
általános traumatológia
plasztikai és égési sebészet
kézsebészet
arc- és állcsont-szájsebészet
általános szülészet-nőgyógyászat
terhesgondozás (orvosi)
általános csecsemő- és gyermekgyógyászat
neonatalógia
csecsemő- és gyermekkardiológia
gyermek-tüdőgyógyászat
gyermek-gastroenterológia
gyermeksebészet
gyermeknőgyógyászat
gyermekszemészet

csecsemő és gyermek fül-, orr-, gégegyógyászat
gyermekradiológia
gyermekneuroológia
gyermek- és ifjúságpszichiátria
fejlődésneuroológia
általános fül-orr-gégegyógyászat
audiológia
foniátria
otoneuroológia
általános szemészet
általános bőr- és nemibeteg-ellátás
bőrgyógyászat
bőrgyógyászati allergológia
általános neurológia
fejfájás szakrendelés
neurológiai rehabilitáció
EEG és EMG diagnosztika
ortopédia
urológia
andrológia
urodinamia
klinikai onkológia
sugarterápia, onkoradiológia
fogászati ellátás (szakellátás)
dento-alveoláris sebészet (szájsebészet)
fogszabályozás
parodontológia
gyermekfogászat
fogászati röntgen
reumatológia és fizioterápia
reumatológia
fizioterápia (orvosi szakképesítéssel)
menopauza és oszteoporózis rendelés
aneszteziológia
fájdalomterápia
fertőzőbeteg-ellátás, infektológia
AIDS-ellátás és -gondozás
pszichiátria
addiktológia
pszichiátriai rehabilitáció
pszichoterápia (szakorvosi képesítéssel)
alkohológia
drogbetegellátás
tüdőgyógyászat
Pulmonológiai allergológia és immunológia
Pulmonológiai és légzésrehabilitáció
mozgásszervi rehabilitáció (rehabilitációs szakorvos javallata szerint)
belgyógyászati rehabilitáció
foglalkozás-egészségügyi szakellátás
általános kardiológia (szakorvosi szakképesítéssel)
kardiológiai rehabilitáció
echokardiográfiai diagnosztika
EKG és Holterdiagnosztika
általános laboratóriumi diagnosztika
általános kémiai laboratóriumi diagnosztika
haematológiai laboratóriumi diagnosztika

mikrobiológiai laboratóriumi diagnosztika
biokémiai laboratóriumi diagnosztika
immunogenetikai laboratóriumi diagnosztika
genetikai laboratóriumi diagnosztika
izotóp laboratóriumi diagnosztika
immunológiai laboratóriumi diagnosztika
általános röntgendiagnosztika
röntgenterápia (régi szolgáltatókra vonatkozik)
mammográfiás szűrés és diagnosztika
angiográfiás diagnosztika
intervenciós radiológia
neuroradiológia
CT
MRI
ultrahang-diagnosztika
echokardiográfia
nőgyógyászati ultrahang-diagnosztika
gasztroenterológiai ultrahang-diagnosztika
általános kórbonctan és kórszövettan
szövettan, kórszövettan
cytológia, cytopatológia
aspirációs cytológia
immunhisztológia
neuropatológia
thermographia
lézerdiagnosztika
általános fizioterápia-gyógytorna
hydroterápia
gyógytorna
gyógymasszázs
fizioterápia (asszisztensi tevékenységként)
transzfuziológia
izotópdiaagnosztika és terápia
radioizotópos terápia
izotópdiaagnosztika
klinikai genetika
genetikai tanácsadás
általános pszichológia
klinikai szakpszichológia
gyermekpszichológia
pszichoterápia
szexológia
logopédia
gyógypedagógia (és annak szakágai)
konduktori tevékenység
Egészségbiztosítási Orvosszakértés

Gondozók:

- tüdőgondozó
- bőr- és nemi beteggondozó
- onkológiai gondozó
- pszichiátriai gondozó
- addiktológiai és drog gondozó

és a speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel működő szakellátás.

A járóbeteg-ellátás igénybevételének módja

A járóbeteg-szakellátás **rendelési időben** biztosított, ahol az orvos mellett asszisztens, ápolónő is tevékenykedik. A járóbeteg-szakellátást nyújtó intézmények tevékenységüket önállóan, vagy más intézményekkel együtt, működési engedély alapján végzik.

Beutaló

A járóbeteg-szakellátás igénybevételének általában az a feltétele, hogy a beteget a beutalásra jogosult orvos oda beutalja. A beutalónak tartalmazni kell a beutaló orvos és munkahelyének azonosítására szolgáló, valamint az ellátás tényét igazoló adatokat, a beutaló szerinti ellátást nyújtó intézmény pedig ez alapján az orvos beutalásra jogosultságát megvizsgálja.

A beutaló orvos – saját szakmai javaslata és az ÁNTSZ beutalásra vonatkozó előírásai alapján – a vizsgálatot és gyógykezelést a beteg egészségi állapota által indokolt szakellátási szinten működő egészségügyi intézménynél kezdeményezheti.

A beutalás során elsődlegesen a beteg bejelentett lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint ellátásra kötelezett járóbeteg-szakellátásra, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetbe, illetve a háziorvosa beutalása esetén annak telephelye szerint ellátásra kötelezett járóbeteg-szakellátásra, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetbe kell beutalni a beteget. Az egészségügyi ellátásra jogosult beteg ellátását nem tagadhatja meg a beutaló szerinti szolgáltató.

A beteget kérésére be lehet utalni a beteg ellátására területileg (lakó/tartózkodási helye szerint) nem kötelezett intézménybe is, ha a választott intézmény – az erre feljogosított személy – a beutaló orvos vagy a beteg részére írásban nyilatkozott arról, hogy fogadja a beteget. Az érintett egészségügyi intézmény a beutaló orvos megkeresésére 48 órán belül írásban (postai vagy elektronikus úton) nyilatkozik arról, hogy fogadja-e a beteget, azzal, hogy az ellátást csak akkor tagadhatja meg, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az ellátási területén kívüli betegek fogadása veszélyezteti, és a feladat ellátására az egészségbiztosító által lekötött szabad kapacitással nem rendelkezik.

A fogadónyilatkozat egy példánya a betegnél marad.

A beutalás szerinti egészségügyi szolgáltató abban az esetben utalhatja tovább magasabb progresszivitási szintű ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz a beteget, ha az ellátásához szükséges feltételekkel nem rendelkezik.

Ha a járóbeteg-szakellátás orvosa a beteg további szakorvosi vizsgálatát tartja szükségesnek, orvosi konzíliumot kérhet, illetőleg a beteget továbbutalja a szakmailag illetékes másik szakrendelésre. Amennyiben a járóbeteg-szakellátás orvosa a beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezését tartja szükségesnek, a beteget fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja.

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.

Beutalásra jogosult orvosok

Beutalásra az egészségbiztosító által finanszírozott intézmények orvosai jogosultak, illetve, egyes külön jogviszonyban álló orvosok pedig szűkebb körben, általában az általuk ellátott feladatkörben jogosultak beutalásra.

Beutalásra jogosult az egészségbiztosító által finanszírozott:

- háziorvos, házi gyermekorvos,
- fogorvos szakkonzílium céljából,
- járóbeteg-szakellátás (ideértve a gondozókat és a genetikai tanácsadókat is) orvosa,
- pszichiátriai betegek és a fogyatékosok otthonánál, illetve rehabilitációs intézménynél foglalkoztatott orvos,
- fekvőbeteg-gyógyintézetek orvosa
- iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat orvosa
- a rendészetért felelős miniszter, valamint a katasztrófák elleni védekezésért felelős miniszter által vezetett és irányított szervek orvosa,

- a honvédelemért felelős miniszter irányítása és vezetése alá tartozó szervek orvosa,
- a büntetés-végrehajtás és a vám- és pénzügyőrség orvosa,
- Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet szakértői bizottságai orvosa,
- a regionális egészségbiztosítási pénztár ellenőrző főorvosi hálózatának orvosa,
- a személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális intézmény orvosa.
- országos sportegészségügyi hálózat orvosa a hivatásos sportolók vizsgálatának kivételével a sportegészségügyi vizsgálatok keretében
- Az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartásában szereplő orvos saját magát és közeli hozzátartozóját jogosult beutalni egészségügyi szakellátásra, ha pro familia rendelésre jogosító szerződést kötött az egészségbiztosítóval.

Az egészségbiztosítóval kötött finanszírozási szerződéstől függetlenül, beutalásra jogosult:

- a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa e feladata keretében jogosult a járóbeteg ellátásra beutalni.
- A magánorvos a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra beutalhatja a tb ellátásra egyébként jogosult betegét, ha az orvos megállapítása szerint közvetlen életveszély áll fenn, és az életveszély csak fekvőbeteg-gyógyintézetben alkalmazható gyógymóddal hárítható el. Ebben az esetben a magánorvos a beteget azonnal fekvőbeteg-gyógyintézetbe szállíttatja és a magánorvosi rendelvényen feltünteti a kórismét, valamint az azonnali felvétel szükségességének indokait.

Néhány, jogszabályban meghatározott járóbeteg-ellátás azonban beutaló nélkül is igénybe vehető, illetve természetesen nem kell beutaló az orvosszakmai szempontból indokolt ismételt ellátáshoz sem. Az ismételt ellátás indokoltságáról az orvos írásban tájékoztatja a beteget is.

A beteg közvetlenül – beutalás nélkül – jogosult igénybe venni az első alkalommal beutalás alapján igénybe vett tüdőgondozó, bőr- és nemibeteg gondozó, onkológiai gondozó, valamint kúraszerű ellátás keretében a gondozásba vett betegek részére nyújtott ellátást, továbbá a szakorvosi rendelő által nyújtott bőrgyógyászati, pszichiátriai és addiktológiai, nőgyógyászati, urológiai, fül-, orr- gégészeti, szemészeti, általános sebészeti és baleseti sebészeti, illetve onkológiai szakellátást.

Nem szükséges beutaló a különböző tb vagy szociális ellátásokra való jogosultság megállapításához szükséges vizsgálatok igénybevételéhez sem.

Egyes speciális diagnosztikai vizsgálatok – a kivizsgálási sorban meghatározott helyükre illetve a vizsgálattal járó veszélyekre tekintettel – **csak szakorvosi beutalóval** vehetők igénybe. Az **MRI** (mágneses magrezonancia), **CT** (komputertomográfia) és **DSA** (digitális szubtrakciós angiográfia) vizsgálatra kizárólag a járó- és fekvőbeteg-szakellátás szakorvosa jogosult beutalni. 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 vonatkozó, jogszabályban meghatározott indikáció esetén.

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 a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvben meghatározott esetekben kizárólag a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet szakorvosa utalhatja be.

Rehabilitációs ellátásra a rehabilitációt megalapozó megbetegedés gyógykezeléséhez szükséges szakorvos vagy e megbetegedéshez kapcsolódó esetleges szövődmények tekintetében illetékes szakorvos, illetve a rehabilitáció vagy fizioterápia szakorvosa utalhat be, a szenvedélybeteget akut elvonási időszakot követően pedig pszichiáter, addiktológus szakorvos vagy háziorvos jogosult rehabilitációs ellátásra beutalni.

A szülészeti ellátás keretébe tartozó **genetikai tanácsadást** és az ehhez szükséges diagnosztikai vizsgálatokat, illetve a **meddőség** tényének és okának megállapításához szükséges vizsgálatokat a beteg szülész-nőgyógyász vagy urológus szakorvos beutalása alapján veheti igénybe.

A járóbeteg-szakellátás során a betegellátás sorrendjét a szakrendelésekenként vezetett [Hiba! A hivatkozási forrás nem található.](#) szerint kell meghatározni. A betegfogadási lista statisztikai (személyazonosításra alkalmatlan) adatai az Országos Egészségbiztosítási Pénztár honlapján elérhetőek.

Részleges térítés megfizetése mellett a beteget orvos választási jog illeti meg, ennek keretében joga van az egészségügyi intézmény munkarendje szerint a beteg ellátására [beosztott orvos helyett másik orvost választani](#). Az orvos megválasztásáért a terhesgondozás és a szülészeti ellátás során nem kell részleges térítési díjat fizetni.

A járóbeteg-ellátás további olyan szolgáltatásokat is biztosít, amelyek árához az egészségbiztosító támogatást nyújt. A járóbeteg-ellátás keretében lehet [gyógyszert](#), [gyógyászati segédeszközt](#) és különböző [gyógyászati ellátásokat](#) támogatással igénybe venni, illetve a betegnek a járóbeteg-ellátás igénybevételével felmerült [utazási költségeihez](#) is jár - meghatározott feltételek esetén - támogatás.

Amennyiben szükséges, a beteg vizsgálatát követően a befejezett ellátás érdekében más szakellátó helyre, speciális szakellátásra vagy fekvőbeteg intézetbe küldik a beteget. Az ellátást követően a vizsgálat eredményéről a beutaló orvost, de amennyiben a beutaló orvos nem a beteg háziorvosa – és egészségi állapota miatt a beteg tartós gondozásra szorul –, a **háziorvosát is értesíteni kell.**

A járóbeteg-ellátás keretében a gyógyszerterápiás javaslatot hatóanyag megjelölésével – szükség esetén továbbá a hatásereőség és a gyógyszerforma megjelölésével – kell megadni.

A betegnek joga, hogy állapotáról számára teljes körű tájékoztatást adjanak, illetve egészségügyi adatairól tájékoztatást kapjon.

A járóbeteg-szakellátás keretében igénybevett ellátásokról, az ellátást követően az egészségügyi szolgáltató ún. **elszámolási nyilatkozatot** ad a betegnek. Ebben az elszámolási nyilatkozatban a szolgáltató tájékoztatást nyújt a beteg által igénybe vett ellátásról (közérthetően, magyar nyelven, OENO kóddal együtt), az ellátásért fizetendő – az ellátás igénybevételének feltételül szolgáló – térítési díjról, illetve az igénybevett ellátásért az egészségbiztosítótól igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről.

Az elszámolási nyilatkozatot egy példányban kell kiállítani, amelyet a beteg kap meg és azon a kiállító orvos aláírásával igazolja, hogy az adott ellátást a beteg igénybe vette.

Nem kell elszámolási nyilatkozatot kiállítani a beteg közvetlen jelenlétét nem igénylő diagnosztikai vizsgálat, a mozgó szakorvosi szolgálat által végzett ellátás, a szövettani és citológiai vizsgálat, illetve az iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátás keretében nyújtott szolgáltatás esetén.

Fekvőbeteg-szakellátás

A fekvőbeteg-szakellátás a járóbetegként el nem látható, ágyhoz kötött betegek gyógyintézeti ellátása.

Az általános fekvőbeteg-szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása, amelynek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik.

A fekvőbeteg-ellátás folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás (ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is), vagy ilyen célokból meghatározott napszakokban történő ellátás, illetve, olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt –szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított.

Az egyes fekvőbeteg intézményekben a szakellátási formákat intézményenként, területi egységenként másként alakítják ki. Erről részletesebben lásd [az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvényt](#).

A fekvőbeteg szakellátás különféle formáit a kórházak, klinikák, országos intézetek, szanatóriumok és egyéb intézmények látják el. Ezeket az egyes betegségek gyakorisága alapján, meghatározott lakosságszámra, területi egységenként, általában városokban biztosítják.

A beteg az egészségi állapota által indokolt szintű fekvőbeteg-szakellátás során a következő **ellátások igénybevételére** jogosult:

- a betegség megállapításához szükséges vizsgálatokra,
- az orvos előírása szerinti gyógykezelésre (ideértve a műtéti beavatkozásokat, az annak során felhasznált gyógyászati anyagokat, protetikai eszközöket) és gyógyászati ellátásra,
- a gyógykezeléséhez szükséges gyógyszerre, vérkészítményekre, kötszerre, ideiglenes gyógyászati segédeszközre,
- a gyógyászati segédeszköz használatának betanítására,
- a gyógykezeléséhez szükséges ápolásra, szakápolásra,
- a beteg otthonába történő távozását követő időre vonatkozó életvezetési és diétás tanácsadásra,
- étkezésre, orvos által rendelt diétára,
- a rendelkezésre álló, az ellátás szakmai és etikai követelményeinek megfelelő színvonalú elhelyezésre arra az időtartamra, amíg az ellátás fekvőbeteg-gyógyintézeti körülmények között indokolt.
- A beteg – a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvényben meghatározott feltételek megvalósulása esetén – jogosult még a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés alatt számára rendelt végleges gyógyászati segédeszköz árához nyújtott egészségbiztosítási támogatásra, illetve a gyógyászati segédeszköz javítási és kölcsönzési díjához nyújtott támogatásra is.

A kórházakban, klinikákon a fekvőbeteg ellátás módja többféle lehet, például benntartózkodás mellett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú kórházi ellátás. Ezek kiszolgálhatók folyamatosan vagy csak meghatározott napszakokban, lehet egyszeri vagy kúraszerű a beavatkozás, amelyet meghatározott ideig még megfigyelés is követhet.

Megkülönböztethetjük még az úgynevezett **egynapos beavatkozást** is, amelyet főként aktív fekvőbeteg-ellátó intézményben végeznek, úgy, hogy a beteget a felvétel napján, de legkésőbb 24 órán belül hazabocsátják.

Az általános fekvőbeteg-szakellátást az egészségbiztosító által támogatott szolgáltató orvosának, vagy az orvos saját magának/közeli hozzátartozójának kiállított **orvosi beutalása alapján lehet igénybe venni**. A magánorvos a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra akkor utalhatja be a tb ellátásra egyébként jogosult betegét, ha az orvos megállapítása szerint közvetlen életveszély áll fenn, és az életveszély csak fekvőbeteg-gyógyintézetben alkalmazható gyógymóddal hárítható el. Ebben az esetben a magánorvos a beteget azonnal fekvőbeteg-gyógyintézetbe szállíttatja és a magánorvosi rendelvényen feltünteti a kórismét, valamint az azonnali felvétel szükségességének indokait.

A sürgős szükség esetét kivéve, ha a beteg beutaló nélkül, vagy a beutalási rendtől eltérően **nem a beutalón megnevezett egészségügyi szolgáltatónál** veszi igénybe a fekvőbeteg szakellátást, részleges térítést is köteles fizetni. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásnak beutaló nélküli vagy a beutalási rendtől eltérő igénybevétele esetén fizetendő részleges térítési díj összege nem haladhatja meg a 100 000 forintot.

Az azonnali ellátást nem igénylő, [a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. \(XII.23\) Korm. rendelet 5. sz. mellékletében](#) meghatározott fekvőbeteg-gyógyintézeti kezeléseket **intézményi Hiba! A hivatkozási forrás nem található.** alapján kell nyújtani. Az intézményi várólista alapján nyújtható ellátásokon túl akkor is kell intézményi várólistát kialakítani, ha a beteg ellátására tartós kapacitáshiány miatt nincs lehetőség.

Ha az orvos várólista alapján nyújtható ellátásra kívánja beutalni a beteget, a beteg az ellátásra a várólistára felkerülés időpontja szerint jogosult, ettől eltérni az ellátás szakmai indokoltsága, az ellátás várható eredménye, továbbá a beteg kérése alapján lehet.

Részleges térítés megfizetése mellett a beteget orvos választási jog illeti meg, ennek keretében joga van az egészségügyi intézmény munkarendje szerint a beteg ellátására **beosztott orvos helyett másik orvost választani**. Az orvos megválasztásáért a terhesgondozás és a szülészeti ellátás során nem kell részleges térítési díjat fizetni.

Amennyiben a beteg él az orvosválasztás lehetőségével, és emellett térítési díjat kellene fizetnie, mert beutaló nélkül vagy a beutalótól eltérően veszi igénybe a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést, csak az orvosválasztásra eső térítési díjat kell megfizetnie.

A fekvőbeteg-intézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolásra, otthoni hospice ellátásra a kezelőorvos jogosult beutalni. Az [otthoni szakápolás](#) körébe tartozó szakirányú szolgáltatásokra kizárólag a megbetegedés gyógykezeléséhez szakorvosi képesítéssel rendelkező orvos, vagy annak kezdeményezésére a háziorvos, az intézeti krónikus ápolásra pedig a háziorvos és a fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa jogosult beutalni.

A fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményeknek a beteg elbocsátásával egyidejűleg tájékoztatást kell adniuk az ellátás elszámolásáról egy ún. **elszámolási nyilatkozatban**. Az elszámolási nyilatkozat közérthetően, magyar nyelven tartalmazza a beteg által igénybevett ellátások megnevezését és ezeknek az egészségbiztosítóval való elszámolás során alkalmazott kódjait, az ellátásokért igényelhető legmagasabb finanszírozási összeget, illetve, ha valamely ellátásért külön térítési díjat kellett fizetni, akkor a térítési díj összegét is.

Az elszámolási nyilatkozatot egy példány készül, amelyet a beteg kap meg és azon a kiállító orvos aláírásával igazolja, hogy az adott ellátást a beteg igénybe vette.

Nem kell elszámolási nyilatkozatot kiállítani a beteg közvetlen jelenlétét nem igénylő diagnosztikai vizsgálat, a mozgó szakorvosi szolgálat által végzett ellátás, illetve a szövettani és citológiai vizsgálat esetén.

Ha a beteg elhalálozott, a közeli hozzátartozó kérésére az elszámolási nyilatkozatot részére kell kiadni.

Az ellátást követően a vizsgálat eredményéről a beutaló orvost, – amennyiben a beutaló orvos nem a beteg háziorvosa, és egészségi állapota miatt a beteg tartós gondozásra szorul a háziorvosát is – értesíteni kell.

A kórházi zárójelentésben a gyógyszerterápiás javaslatot hatóanyag megjelölésével - szükség esetén továbbá a hatáserősség és a gyógyszerforma megjelölésével - kell megadni.

Egyes egészségügyi ellátásokra a szolgáltató **térítési díjat** állapíthat meg, amelyről a szolgáltatás megkezdése előtt köteles a biztosítottat tájékoztatni. A részleges térítési díj képzésének szabályai, illetőleg több esetben pontos összege [a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. \(XII. 23.\) Korm. rendelet 1. sz. melléklete](#) meghatározott, attól érvényesen eltérni nem lehet.

Az egészségügyi intézményen belüli orvosválasztás

2007. január 1-jétől külön, részleges térítési díj megfizetése mellett lehetőség van arra, hogy az egészségügyi intézmény munkarendje alapján a beteghez beosztott orvos helyett másik orvost kérjen a beteg, ha ezt a választást a beteg egészségi állapota által indokolt ellátás szakmai tartalma és az ellátás sürgőssége nem zárja ki. A részleges térítési díj ellenében a beteg olyan orvost is választhat, aki az ellátó egészségügyi szolgáltatónál nem áll munkaviszonyban (közalkalmazotti jogviszonyban).

Az orvos megválasztásáért a terhesgondozás és a szülészeti ellátás során nem kell részleges térítési díjat fizetni.

Az egészségügyi intézményben jól látható helyen ki kell függeszteni az orvosválasztás lehetőségéről, illetve az orvosválasztásért fizetendő részleges térítési díj mértékéről szóló tájékoztatót is. Az orvosválasztás esetén fizetendő térítés maximum 100.000 Ft lehet.

Amennyiben a beteg él az orvosválasztás lehetőségével, és emellett térítési díjat kellene fizetnie, mert beutaló nélkül vagy a beutalótól eltérően veszi igénybe a fekvőbeteg gyógyintézeti kezelést, csak az orvosválasztásra eső térítési díjat kell megfizetnie.

Az orvosválasztást 3 példányban írásba kell foglalni (**orvosválasztási nyilatkozat**) és mindhárom példányát alá kell írni a biztosítottnak és a választott orvosnak is. Az orvosválasztási nyilatkozatban meg kell határozni a kapcsolattartás módját, a választott orvos közreműködésével nyújtott ellátás igénybevételének rendjét, az orvosválasztásért fizetendő részleges térítési díj mértékét és várható összegét, a nyilatkozatban foglaltak módosítására és visszavonására vonatkozó rendelkezéseket is.

Az ügyeleti ellátás

Az ügyeleti rendszer a munkaidőn kívül bekövetkező sürgősségi esetekben biztosítja az alapellátás, illetve a járóbeteg- és fekvőbeteg- egészségügyi ellátás folyamatos igénybevételének lehetőségét.

Az ügyeleti ellátás célja az egészségügyi intézményekben a napi munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkaidő kezdetéig terjedő időben a beteg vizsgálata, alkalmoszerű és azonnali sürgősségi beavatkozások elvégzése, a fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő sürgősségi beutalása, stb.

Részleges térítés mellett igénybe vehető ellátások

Az egészségbiztosítás által támogatott ellátások igénybevétele során a betegnek a következő felsorolásban szereplő esetekben az ellátások után részleges térítést kell fizetni:

- [orvosválasztás](#), (kivéve a terhesgondozást és szülészeti ellátást),
- a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás során, ha azt – sürgős [szükség](#) körébe tartozó ellátások kivételével – beutaló nélkül, vagy a beutalási rendtől eltérően veszik igénybe,
- a beteg kérelmére a finanszírozási eljárási rendtől, valamint a vizsgálati és terápiás rendtől – többletköltséget okozó – eltérő tartalommal nyújtott ellátás,
- az egészségügyi ellátás keretében igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra;
- amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is,
- szanatóriumi ellátásra;
- külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásra, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél.
- [18 éves életkor alatt fogszabályozó készülék](#),
- [a rágóképesség helyreállítása érdekében jogszabályban meghatározott típusú fogpótlás](#)

A részleges térítési díj képzésének szabályait, illetőleg több esetben pontos összegét [a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. \(XII. 23.\) Korm. rendelet 1. sz. melléklete](#) határozza meg, attól érvényesen eltérni nem lehet.

Az egészségügyi intézményben jól látható helyre ki kell függeszteni a térítési díjak feltüntetésével a szolgáltatónál térítési díj fizetése mellett igénybe vehető szolgáltatások jegyzékét. A térítési díj fizetése mellett igénybe vehető szolgáltatás/ellátás megkezdése előtt a beteget tájékoztatni kell az indokolt és az általa igényelt térítésköteles szolgáltatások díjáról.

Amennyiben a beteg él az orvosválasztás lehetőségével, és emellett térítési díjat kellene fizetnie, mert beutaló nélkül vagy a beutalótól eltérően veszi igénybe a fekvőbeteg gyógyintézeti kezelést, csak az orvosválasztásra eső térítési díjat kell megfizetnie.

Egészségügyi ellátás méltányossági alapon

A beteg jövedelmi viszonyai és különböző orvos-szakmai indokok mérlegelése alapján lehetőség van arra, hogy az OEP méltányosságból – az Egészségbiztosítási Alap terhére – átvállalja az orvosi ellátásért a beteg által fizetendő térítési díjat vagy annak egy részét, amelyet egyébként a beteg csak részleges térítési díj vagy az ellátás teljes árának megfizetésével vehetne igénybe, illetve arra, hogy az egészségügyi ellátást a finanszírozási rendtől eltérően támogassa.

Mely ellátásokra lehet méltányossági alapú támogatást igénybe venni?

Az OEP méltányossági jogköre a következő ellátásokra terjed ki:

- a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a tb finanszírozásba még be nem fogadott eljárás,
- a tb finanszírozásba befogadott egészségügyi szolgáltatás e befogadástól eltérő alkalmazása,
- a tb finanszírozásba befogadott olyan egészségügyi szolgáltatás, amely során alkalmazott gyógyszer ún. indikáción túli alkalmazással történik,
- a beteg által a tb ellátás keretében is csak részleges [térítési](#) díj megfizetése mellett igénybe vehető szolgáltatások közül méltányosságból átvállalható a következő ellátásokra fizetendő térítési díj:

- a rágóképesség helyreállítása érdekében jogszabályban meghatározott típusú fogpótlás orvosi munkadíja, 18 éves életkor alatt fogszabályozó készülék díja,
- az egészségi állapot alapján indokolt, az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján ápolási ellátást nyújtó szolgáltatónál az ápolás részleges térítési díja,
- a külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozás részleges térítési díja [a fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása céljából végzett beavatkozások nem tartoznak ide, mert azok után nem kell térítési díjat fizetni].

Felhívjuk a figyelmet, hogy az egészségügyi szolgáltatás térítési díja méltányosságból is csak akkor vállalható át, ha az igénybe venni tervezett egészségügyi szolgáltatást az egészségbiztosító által finanszírozott intézményben veszik igénybe.

2008. január 1-jétől olyan ellátásra is lehet méltányossági alapon támogatást kérni az Egészségbiztosítási Alapból, ami Magyarországon szakmailag már elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárás, illetve arra is lehet támogatást nyújtani, ha a betegek szükséges ellátás befogadott ugyan a tb támogatott egészségügyi szolgáltatások körébe, de az egészségbiztosítási támogatást a befogadottól eltérő alkalmazásra kérik.

Lehetőség van az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI) külön engedélye alapján gyógyszert a forgalomba hozatali engedélyében meghatározott ún. indikáción túl, attól eltérően is alkalmazni, meghatározott esetekben, amelyhez, ha fekvőbeteg ellátás során szükséges, az adott gyógyszer indikáción túli alkalmazása, külön kérelemre az OEP méltányossági támogatást nyújthat. *Nem kell méltányossági kérelmet benyújtani* abban az esetben, ha az adott gyógyszer indikáción túl való alkalmazását az OGYI engedélyezte, és e gyógyszer alkalmazása az egészségügyi miniszter által tájékoztatóban közzétett, a homogén betegcsoportok 5.0 verzióhoz kapcsolódó Besorolási Kézikönyv besoroló táblájában szereplő protokollokban foglalt, továbbá a Besorolási Kézikönyv Függelékében kihirdetett, nemzetközi irányelveken és hazai szakmai tapasztalatokon alapuló *protokollokban foglalt indikáción túli gyógyszeres kezelés alá tartozik*.

A részleges térítési díj méltányossági alapú átvállalása körében leggyakrabban különböző implantátumok, lézer kezelések költségeinek és a fogpótlások térítési díjának támogatását, átvállalását kérik.

Fontos tudni, hogy csak az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott, vagyis a regionális egészségbiztosítási pénztárakkal szerződésben álló egészségügyi szolgáltatónál végzett beavatkozásra lehet csak méltányossági alapú támogatást nyújtani, ezért a magánkórházban, magánorvosnál fizetendő térítési díjra az Egészségbiztosítási Alapból nem kérhető támogatás.

Nem lehet méltányosságot gyakorolni a kizárólag beutalóval igénybe vehető ellátás beutaló nélküli igénybevételére, vagy a beutalási rendtől eltérő igénybevételből eredő fizetési kötelezettségre, továbbá az orvosválasztás esetén fizetendő térítési díjra, a finanszírozási- vizsgálati- és terápiás eljárási rendtől a beteg kérésére való eltérés esetén fizetendő többletköltségekre, az egészségügyi intézményben magasabb színvonalú elhelyezésre, vagy az egyéni igény szerinti étkezésre, valamint a szakmai szempontok figyelembevételével összeállított, ún. várólista alapján igénybe vehető ellátásokra sem.

Nem vállalható át azoknak a szolgáltatásoknak a térítési díja sem, amelyekre a beteg a finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál térítésmentesen jogosult, ezért szükséges tájékozódni, hogy a kívánt gyógykezelés elvégezhető-e valamelyik, az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott intézménynél.

Nem lehet méltányosságot gyakorolni olyan esetekre, amelynek igénybevétele méltányossági engedély hiányában megtörtént, vagy amelynek részleges térítési díját az engedély előtt már megfizették.

A méltányossági kérelem

A méltányossági alapú támogatás igénybevételéhez a beteg vagy képviselője **írásos kérelme** szükséges. A kérelmet a beteg lakóhelye szerint illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárhoz, ha a fekvőbeteg ellátás során felhasznált gyógyszert indikáción túl kívánják alkalmazni, akkor az OEP-hez kell benyújtani. A méltányossági kérelemmel kapcsolatos eljárás során az elektronikus kapcsolattartást a jogszabály kizárja.

A kérelmet minden esetben az **ellátás igénybevételét megelőzően** kell benyújtani.

A kérelemben közölni kell a beteg nevét, lakcímét és taj-számát, illetve meg kell jelölni a kérelemmel érintett szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató és a kezelőorvos azonosítására vonatkozó adatokat is.

A kérelemhez **csatolni kell:**

- az ellátás szakmai indokoltságát alátámasztó **orvosi dokumentumot** [kezelőorvosi igazolás, status leírása, zárójelentés, stb. fejlődési rendellenesség, baleset, megelőző orvosi beavatkozás egyéb súlyos betegség (pl.: epilepsziás beteg fogászati implantációja, tumor endoprotézis) esetén az ezt igazoló orvosi iratok, szanatóriumi kérelem esetén a beutaló másolata],
- az ellátást, beavatkozást végző egészségügyi szolgáltató nevét és az aláírt, lepecsételt nyilatkozatot, arról, hogy az intézmény vállalja és orvos-szakmai szempontból indokoltnak látja a beavatkozást, ellátást (fogadókészség).
- igazolást a beavatkozás várható **költségéről** (árajánlat),
- nyilatkozatot a beteg és a vele közös háztartásban élő családtagjainak a kérelem benyújtását megelőző 12 hónapra vonatkozó nettó jövedelemi viszonyairól
- a Magyarországon szakmailag elfogadott, de **a finanszírozásba még be nem fogadott eljárásra** vonatkozó kérelem esetén a magyarországi szakmai elfogadottságot igazoló dokumentumokat,
- **fogászati rekonstrukció** esetén a megyei szakfőorvos véleményével alátámasztott – fogtagonkénti bontásban elkészített, a beteg fogászati állapotát (status) is rögzítő – kezelési tervet: fejlődés, orvosi pecsétes irat a szükséges kezelés indikációjáról és a tervezett beavatkozásról, időbeliségéről, lépéseiről és fogorvosi munkadíjra vonatkozó árajánlatot (szerepelni kell az iraton a beteg nevének, és TAJ számának is),
- **az ún.** indikáción túl alkalmazandó gyógyszerre vonatkozó kérelem esetén a kérelemhez csatolandó melléklet attól függ, hogy az adott gyógyszert a társadalombiztosítási finanszírozásba befogadták-e valamennyi indikációban.

Abban az esetben, ha a kérelemben kért, fekvőbeteg-ellátás keretében alkalmazható gyógyszer **valamennyi forgalomba hozatalra engedélyezett indikációjában a finanszírozásba befogadásra került**, a kérelemhez csak a következő mellékleteket kell csatolni:

- az indikáción túli gyógyszerrendelés iránt az OGYI-hoz benyújtott kérelmet - az ott meghatározott mellékletek kivételével – Kérelem indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezésére [6. számú melléklet a 44/2004. \(IV. 28.\) ESzCsM rendelethez](#)
- az OGYI által kiadott engedélyt.

Ezekre a gyógyszerekre vonatkozó kérelmeket az OEP 8 munkanapon belül bírálja el, azzal, hogy abban az esetben, ha a kérelmezett gyógyszer a beteg életveszélyes állapotának kezelésére, vagy közvetlen életveszély elhárítására szolgál, és ezt a sürgős szükség fennállását a kezelőorvos az OGYI-hoz beadott kérelmében részletesen indokolta, az OEP is soron kívül bírálja el a méltányossági kérelmet.

Abban az esetben, ha a kérelemben kért fekvőbeteg-ellátás keretében alkalmazható gyógyszer **nincs valamennyi forgalomba hozatalra engedélyezett indikációjában a finanszírozásba befogadva, a kérelemhez valamennyi következő mellékletet csatolni kell:**

- 3 hónapnál nem régebbi kórtörténeti összefoglalót, amely igazolja, hogy a beteg kizárólag az igényelt gyógyszerrel kezelhető, és megfelel az OGYI engedélyben meghatározott feltételeknek, a kórtörténeti összefoglalónak tartalmaznia kell a kérelem szerinti gyógyszer indikáción túli alkalmazásával korábban már engedélyezett protokoll szerint végezhető kezelések OENO kódját is,
- a beteget kezelő szakorvos javaslatát, amelyből megállapítható a kért gyógyszer neve, kiszerelése, pontos dózisa, a gyógyszerelváltás indokoltsága (az eddigi terápiák, illetve az új kezelések várható hatékonysága), a támogatás időtartama,
- Az OGYI-nak az indikáción túli gyógyszerrendelésre kiadott engedélyt és a kérelmet,
- a biztosított nettó jövedeleméről szóló igazolást.

Implantátum, egyéb speciális eszköz árának átvállalására irányuló kérelem esetén az OEP vizsgálja, hogy az implantátum, illetve az eszköz születési rendellenesség, vagy később bekövetkezett rendellenesség korrekciójához, üzemi balesetből, foglalkozási megbetegedésből eredő egészségkárosodás korrekciójához kerül-e felhasználásra, a fejlődési rendellenesség egyéb terápiával orvosolható-e, a deformitás kialakulását okozta-e orvosi beavatkozás, vagy trauma, az orvosi dokumentáció alapján igazolható-e, hogy a beteg ellátásához kizárólag a kérelmezett implantátum, illetve eszköz szükséges.

A méltányossági jogkörében hozott döntés ellen nincs helye fellebbezésnek. A határozat bírósági felülvizsgálatát pedig kizárólag semmisségére hivatkozva [a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény 121. §] lehet kérni.

A méltányosságból engedélyezett ellátás finanszírozására az engedély beteg részére történt kézbesítést követő egy éven belül kerülhet sor, kivéve, ha a benyújtott kezelési terv alapján az ettől eltérő ütemezés orvos-szakmailag indokolt.

A kérelem elfogadása esetén a méltányosságból átvállalt térítési díj összegét a beavatkozás elvégzése után – az alábbi dokumentumok benyújtását követően – **az OEP közvetlenül az ellátó egészségügyi szolgáltatónak fizeti ki.**

- a beteg kórházi zárójelentése vagy klinikai összefoglaló jelentése,
- a beteg nyilatkozata arról, hogy a kérelmezett szolgáltatást, ellátást megkapta,
- beavatkozás igénybevétele esetén eredeti számla, (vevő: OEP, de a számlán szerepel a beteg neve, TAJ száma, a beavatkozás időpontja, és az azt végző orvos aláírása, pecsétje).
- a felhasználásra került anyag, eszköz költségét igazoló számla, melyen feltüntették a beteg nevét, TAJ számát, valamint a kezelőorvos aláírásával és pecsétjével igazoltan a felhasználás időpontját és a felhasznált mennyiséget, továbbá a szolgáltató kifizetését igazoló beszerzési számlának a másodpéldánya, illetve pénzügyi ellenjegyzéssel hitelesített számlamásolata.

Várólista, betegfogadási lista

Vannak olyan betegségek, amelyek gyógykezelése orvos-szakmai szempontok alapján összeállított **várólista**, a betegellátás sorrendjét előzetes betegbesorolás útján meghatározó jegyzék szerint vehetők igénybe, ilyen esetekben a beteg a – legalább naptári nap pontossággal – megállapított sorrendben jogosult az ellátásra. A várólista szerinti sorrendet még térítési díj megfizetésével és méltányosságból sem lehet megelőzni. Állapot rosszabbodás esetén indokolt az újbóli vizsgálatok kezdeményezése és elvégzése, melynek eredményétől függően a várólista módosulhat, ennek érdekében a beteg jogosult a kezelőorvosánál mindazon vizsgálatok kezdeményezésére és – a kezelőorvos javaslata alapján – elvégeztetésére, amelyek a várakozás sorrendjét befolyásoló egészségi állapotváltozás megállapításához szükségesek.

Központi és intézményi várólistát kell megkülönböztetni.

A **központi várólista** szerinti sorrendben igénybe vehető ellátásokat [nagy költségű ellátások és a különböző szervátültetések: szívátültetés, májátültetés, tüdőátültetés, veseátültetés, kombinált vese- és hasnyálmirigy-átültetés, csontvelő átültetés] és a kapcsolódó eljárási szabályokat [a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. \(XII. 23.\) Korm. rendelet](#) határozza meg.

A központi várólista a [287/2006. \(XII. 23.\) Korm. rendelet 1. sz. mellékletében](#) meghatározott nagy költségű ellátások igénybevitelére, illetve a szerv, vagy véresejt képző őssejt átültetésére váró betegek (transzplantációs várólista) jegyzéke, amelyet az Országos Vérellátó Szolgálat Központja működtet.

A kezelőorvos – a beteg megfelelő tájékoztatásán alapuló beleegyezését követően – kezdeményezheti az illetékes transzplantációs bizottságnál a transzplantációs várólistára kerülést.

A nagy költségű ellátás, illetve a transzplantációs várólista szerinti ellátások szükségessége esetén kizárólag az OVSZK által vezetett központi várólistára lehet felvenni és a központi várólistán elfoglalt helye szerint lehet a beteg számára egészségügyi szolgáltatást nyújtani.

A központi várólistán szereplő, nagy költségű ellátások:

PET/CT

Gamma Sugársebészet

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 jogszabályban meghatározott indikáció esetén.

A transzplantációs várólistára a [biztosítottak](#), a [kizárólag egészségügyi ellátásra jogosult személyek](#), illetve azok a külföldiek kerülhetnek fel, akiknek EU szabály vagy nemzetközi egyezmény alapján a saját egészségbiztosítója az ellátás igénybevételét előzetesen engedélyezte.

PET/CT Várólista Bizottságot működtető egészségügyi szolgáltatók

1. Országos Onkológiai Intézet
2. Semmelweis Orvostudományi Egyetem Nukleáris Medicina Osztálya
3. Szegedi Tudományegyetem, Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, Nukleáris Medicina Intézet
4. Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Nukleáris Medicina Intézet
5. Pécsi Tudományegyetem, Egészségügyi Centrum, Központi Klinikai Radioizotóp Laboratórium
6. Győri Petz Aladár Megyei Oktatókórház Izotópdiaosztikai és Terápiás Osztálya

Gamma Sugársebészet Várólista Bizottságot működtető egészségügyi szolgáltató

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Idegsebészeti Klinika

Intézményi várólista

Az intézményi várólistát a fekvőbeteg-ellátó intézménynek kell kialakítani. Az egészségbiztosítóval kötött finanszírozási szerződés szerinti ellátásra kötelezett fekvőbeteg-ellátó intézmény [a 287/2006. \(XII.23\) Korm. rendelet 5. sz. mellékletében](#) meghatározott ellátások elvégzését intézményi várólista alapján teljesíti az egészségügyi ellátások meghatározott sorrend szerinti elvégzése érdekében, továbbá, azokra az ellátásokra, amelyekben a beteg ellátására tartós kapacitáshiány miatt nincs lehetőség. A tartós kapacitáshiány akkor állapítható meg, ha a fekvőbeteg szakellátást a beteg jelentkezését követő 60 napon belül nem tudják részére biztosítani.

Az így kialakított **intézményi várólista** az adott egészségügyi intézményben a betegellátás sorrendjét – legalább naptári nap pontossággal – meghatározó jegyzék, amelyet – a központi várólista alapján igénybe vehető ellátások kivételével – [a 287/2006. \(XII.23\) Korm. rendelet 5. sz. mellékletében](#) felsorolt egészségügyi ellátások meghatározott sorrend szerinti elvégzése érdekében, illetve tartós kapacitáshiány esetén alakítanak ki.

Kötelezően vezetendő intézményi várólisták köre

Szakma	Beavatkozás típusa
Szemészet	Szürkehályog műtétei
Fül-orr-gégegyógyászat	Mandula, orrmandula műtét
	Orrmelléküregek, proc. mastoideus műtétei
Ortopédia	Térdprotézis műtét
	Csípőprotézis műtét
	Gerincstabilizáló műtétek, gerincdeformitás műtétei
	Gerincsérv műtétek
Sebészet	Epekövesség miatti beavatkozás feltárás
	Epekövesség miatti beavatkozás laparasztopia
	Katéteres epekőoldás
	Hasfali-, lágyék sérvműtét implantátum beültetésével
	Sérvműtétek (hasfali, lágyék-, köldök-, combsérv) implantátum beültetése nélkül
Kardiológia	Diagnosztikus szívkatéterezés, elektrofiziológiai vizsgálat (külön várólistán vezetendő)
	Radiofrekvenciás katéterabláció
	PTCA; Coronaria stent beültetés
Urológia	Prosztata jóindulatú megnagyobbodásának műtétei I. (Prostatectomia)
	Prosztata jóindulatú megnagyobbodásának műtétei II. (Transurethralis prostataműtét)
Nőgyógyászat	Nőgyógyászati műtétek nem malignus folyamatokban

Az intézményi várólistára kerülést a beteg kezelőorvosa kezdeményezheti, a beteg megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését követően. A várólista szerinti időponttól eltérni az ellátás szakmai indokoltsága, az ellátás várható eredménye, illetve a beteg kérése alapján lehet.

Ha a kezelőorvos azt észleli, hogy az intézményi várólistán lévő beteg az ellátás igénybevételére a várólistán megadott időpontban – a beteg állapotában bekövetkezett változás miatt – nem alkalmas, akkor azt haladéktalanul jeleznie kell a várólistát vezetőnek. Ebben az esetben a beteg akkor kapja meg az ellátást, ha az orvos megállapította az ellátásra való alkalmasságát; az ellátást a várólistán elfoglalt helye szerinti lehető legkorábbi időpontban veheti igénybe. A halasztás a beteg intézményi várólistán elfoglalt helyét kedvezőtlenül nem módosíthatja, amennyiben azonban annak szakmai feltételei fennállnak, a halasztott beavatkozás más – az intézményi várólistán lévő soron következő – betegnél is elvégezhető. A beteg ellátás igénybevételére való alkalmasságát a kezelőorvosa jelzi a várólistát vezetőnek, akivel közösen határoznak meg új időpontot.

A várólistáról törölni kell a beteget, ha egészségi állapotában olyan változás áll be, amely az adott beavatkozás elvégzését véglegesen lehetetlenné vagy orvosszakmai szempontból indokolatlanná teszi, illetve az intézményi várólistán az ellátás igénybevételének időpontjaként meghatározott időponttól számított 2 hónap elteltével az ellátást nem vette igénybe és az ellátás igénybevételének elhalasztását sem a beteg, sem kezelőorvosa nem kezdeményezte.

Az intézményi várólista vezetésén túl a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény a többi – a kötelező intézményi várólistát nem érintő – ellátás vonatkozásában is alkalmazhat ütemezett betegellátási rendszert.

A várólistás ellátásokról rendszeres jelentést kell küldeni az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak.

A várólisták adatai személyazonosításra alkalmatlan módon nyilvánosak. Az intézményi várólista az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató honlapján, a központi várólista pedig az Országos Vérellátó Szolgálat Központjának honlapján szerepel, de az OEP honlapjáról is elérhetőek. A várólista adatainak a változásokat 3 napon belül át kell vezetni, oly módon, hogy a beteg számára egyértelműen megállapítható legyen a várólistán elfoglalt saját helye.

Betegfogadási lista

Az egészségbiztosítóval kötött finanszírozási szerződés szerinti ellátásra kötelezett – járóbeteg-szakellátást nyújtó – egészségügyi szolgáltató betegfogadási listát vezet azokról az ellátásokról, amelyek a beteg egészségi állapota alapján nem indokolják az azonnali ellátást. A betegfogadási lista az adott egészségügyi szolgáltatónál – amennyiben a beteg egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátást – a betegellátás sorrendjét szakrendelésenként, az ellátás igénybevételének időpontjával legalább naptári nap pontossággal meghatározó lista.

A beteg egészségi állapota alapján az azonnali ellátás szükségességéről, indokoltságáról a jogszabályban meghatározott szempontok figyelembevételével a járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató esetében a beutaló alapján nyújtott ellátás igénybevételekor a háziorvos javaslatára az adott szakrendelés orvosa, beutaló nélkül igénybe vehető ellátás esetén az adott szakrendelés orvosa dönt.

A betegfogadási listára kerülést a beteg, – a beteg beleegyezése esetén – háziorvosa vagy kezelőorvosa kezdeményezheti személyesen, telefonon vagy elektronikus úton.

A betegfogadási lista összeállításánál figyelembe kell venni a tárgyidőszakot megelőző három hónap betegforgalmi adatai alapján az azonnali ellátást igénylő esetek várható számát, azokat a betegeket, akik rendszeres ellátást, illetve kontroll vizsgálatot igényelnek, és figyelembe kell venni a szakorvosi konzíliumot, illetve az orvos-szakértői vizsgálatokat is.

A betegfogadási lista szerinti időponttól eltérni az ellátás szakmai indokoltsága, az ellátás várható eredménye, illetve a beteg kérése alapján lehet.

A betegfogadási listáról törölni kell a beteget, ha egészségi állapotában olyan változás áll be, amely az adott beavatkozás elvégzését véglegesen lehetetlenné vagy orvosszakmai szempontból indokolatlanná teszi, illetve ha

az ellátás igénybevételének időpontjaként meghatározott időponttól számított 2 hónap elteltével az ellátást nem vette igénybe és az ellátás igénybevételének elhalasztását sem a beteg, sem kezelőorvosa nem kezdeményezte.

Az ellátások igénybevételének ellenőrzése

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét ellenőrzi az egészségbiztosító. Ennek keretében összesíti az egészségügyi szolgáltatóknál és forgalmazóknál vezetett hiteles dokumentációk és a rendelkezésre álló adatok alapján a beteg által társadalombiztosítási támogatással igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokat. Az összesítés érdekében a személyes- és egészségügyi adataira vonatkozóan adategyeztetést is kezdeményezhet a beteggel a lakó- vagy tartózkodási helyén, aki köteles ebben közreműködni. A biztosító helyszíni ellenőrzést is végezhet.

Ha az adategyeztetés, helyszíni ellenőrzés során az érintett beteg az egészségbiztosító által megállapított összesítésben szereplő valamely egészségügyi szolgáltatás igénybevételét vitatja, az egészségbiztosító az adott egészségügyi szolgáltatást elrendelő, illetve az azt nyújtó egészségügyi szolgáltatónál rendelkezésre álló, a vitatott szolgáltatással kapcsolatos valamennyi dokumentációt ellenőrzi.

Nem az E. Alap terhére vehetők igénybe

Nem az egészségbiztosítás keretében járnak a következő felsorolásban szereplő ellátások, azzal, hogy a már fent kifejtetteknek megfelelően, egyes ellátásokhoz az állam támogatást nyújt. Azon ellátások költségeiről, amelyeket az állam a központi [költségvetésben](#) nem támogat, és az E. Alap terhére sem vehetők igénybe, a betegnek térítést kell fizetnie.

➤ Nem az E. Alap terhére, hanem a központi [költségvetésben](#) nyújtott állami támogatással igénybe vehetők:

- Az alapcsomag részeként támogatott járványügyi ellátások, illetve, ennek keretében, részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások, [a járványügyi érdekből nem kötelező jelleggel történő immunizálásért (védőoltásért) magasabb összegű térítési díj nem állapítható meg, mint amit az oltóanyagért egyébként térítési díjként meg kell fizetnie a biztosítottnak]
- A Magyarországi lakóhellyel rendelkező várandós és gyermekágyas anya részére a család- és nővédelmi gondozás keretében az egészségi állapotának védelmét és magzata egészséges fejlődésének ellenőrzését szolgáló szűrővizsgálatok, a magzat egészséges fejlődését biztosító életmódról való tájékoztatás, a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítés, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- Az állami érdekből végzett orvosbiológiai kutatás során támogatott ellátások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- A halottvizsgálati ellátások,
- vérellátás
- A népegészségügyi feladatok illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- A katasztrófa-egészségügyi ellátás, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,

➤ Nem állami támogatásból finanszírozott egészségügyi ellátások:

- munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a gondnokság alá helyezési eljárás során a beteg elmeállapotára vonatkozó szakorvosi véleményezés, továbbá a 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, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások

- különösen veszélyes (**extrém**) sportolás, szórakoztató-szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások. E tekintetben balesetnek az emberi szervezetet ért olyan egyszeri külső hatás minősül, amely a sérült akaratától függetlenül, hirtelen vagy aránylag rövid idő alatt következik be, és sérülést, mérgezést vagy más (testi, lelki) egészségkárosodást, illetőleg halált okoz.
- hivatásos sportolók sportegészségügyi ellátása, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatás, és a következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel, és a következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatásos ellátás, és a következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba/támogatásba még be nem fogadott eljárás, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz alkalmazása, illetve a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása, kivéve a méltányosságból támogatható ellátásokat, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a kizárólag orvostudományi kutatás keretében nyújtott ellátások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a fogyatékos beteg kivételével a beteg kísérőjének részére az egészségügyi intézményben biztosított szállás és étkezés (nem minősül kísérő személynek, így nem térítésköteles a 14. évesnél fiatalabb beteg gyermekkel a kezelés idején lévő szülője/törvényes képviselője és közeli hozzátartozója sem),
- a járművezetői alkalmassági vizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a lőfegyvertartásra vonatkozó orvosi alkalmassági vizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- alkohol, illetve kábítószer hatása alatt állás esetén a detoxikálás, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- alkohol, illetve kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- látlelet kiadása, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a nem kötelező védőoltással a beteg immunizálása, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások (a térítésmentes védőoltás kivételével).

Az egészségbiztosítás keretében igénybe nem vehető egyes ellátások térítési díj képzésének szabályait, illetőleg több esetben pontos összegét jogszabály [284/1997. \(XII. 23.\) Korm. rendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról 2. sz. melléklete](#) meghatározza.

Az egészségügyi ellátás finanszírozása szempontjából különösen veszélyes, extrém sportnak minősülő, és ezáltal az e sportok igénybevételével kapcsolatban szükségessé vált egészségügyi ellátások költségeit nem a társadalombiztosítás, hanem a sportoló fizeti meg, célszerűen valamely öngondoskodásra épülő külön biztosítás alapján.

különösen veszélyes, extrém sport, szórakoztató szabadidős tevékenység:

- vízisízés,
- jet-ski,
- vadvízi evezés,
- hegy- és sziklamászás az V. foktól,

- magashegyi expedíció,
- barlangászat,
- bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping),
- falmászás,
- roncsautó (auto-crash) sport, rally,
- hőlégballonozás,
- félkezes és nyílttengeri vitorlázás,
- sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés.

INTÉZMÉNY

- ÁNTSZ
- Regionális Egészségügyi Tanácsok

JOGSZABÁLYOK

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

érintett szakaszok: 3. § 6-9. § 13. § 26. § 43. § 75–78. § 87–93. § 142–143. § 149/A. § 154. §

2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről

1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

érintett szakaszok: 2. § (1), 3. §, 5/A. §, 5/B. § aa) b) j–m), 6. § (2), 9. § 11. § 13–14. § 18–20/A. § 23–25. § 26. § (1) a) és (3) a)–b) 29. § (4) 32. § (7) 38/B. § 75/A §

1996. évi XX. törvény a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról

érintett szakaszok: 21-27. §

337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról

217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról

érintett szakaszok: 1. § (2) bb) (4)–(6) 2–6. § 11/A–11/C. § 12/B § 13/A. § 25/A. § 32. § (3)

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

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól

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

Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről

érintett szakaszok: 44/B–44/C. §

195/1997. (XI. 5.) Korm. rendelet a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény végrehajtásáról
érintett szakasz: 9/C. §

A 2008. március 9-i országos ügydöntő népszavazásokon hozott döntések végrehajtásáról szóló 2008. évi IX. törvény