



INT-24

Térítési Díjszabályzat

(9. kiadás)

Intézmény vezető:

.....
Dr. Trombitás Zoltán
főigazgató

Jóváhagyta:

.....
Prof. Dr. Wikonkál Norbert Miklós
MTA doktora
Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház főigazgató

Jóváhagyás helye, ideje:
Budapest, 2023. ... hó ... nap

Módosítások	
Dátuma	Leírása



1. Cél

A Térítési Díjszabályzat (a továbbiakban: Szabályzat) célja a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban: NEAK) által nem térített, vagy csak részben térített betegellátás és az ehhez kapcsolódó egyéb szolgáltatások igénybevételének szabályozása, továbbá a fizetendő térítési díjak, és a díjfizetés rendjének meghatározása.

1.1. A Szabályzat tartalma

Térítési kategóriák definiálása, térítésmentes ellátások igénybevételére jogosultság igazolásához szükséges adatok, nyomtatványok, iratok, biztosítások meghatározása (a jogosultságot a betegnek kötelessége igazolni).

A betegek által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások köre, valamint a saját kérésükre biztosítható többlétszolgáltatások köre.

A térítési díjak meghatározásának elve.

A nem biztosítottak és a biztosítottak által is csak térítéssel igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások, az ellátás, valamint az ellátáshoz kapcsolódó egyéb szolgáltatások teljes vagy részleges térítési díjának meghatározása.

Méltányossági kedvezmény érvényesíthetősége

A betegellátási díj, befizetés rendjének, nem fizetés megelőzésének és a behajtás rendjének szabályozása

A térítési díjakat a mellékletek tartalmazzák. A térítési díjakat évente legalább egyszer felül kell vizsgálni.

1.2. A Szabályzat hatálya

A szabályzat hatálya kiterjed a Kistarcsai Flór Ferenc Kórház Szervezeti és Működési Szabályzatában szereplő valamennyi betegellátást végző fekvő- és járóbeteg ellátó, valamint diagnosztikai munkahelyre.

Hatálybalépés

A szabályzat a megyei irányító feladatokat ellátó Észak- Pesti Centrumkórház – Honvéd kórház általi jóváhagyásának közzétételét követő napon lép hatályba és hatályon kívül helyezéséig, vagy új szabályzat elfogadásáig marad hatályban.

2. Hivatkozások:

A térítési díjakra, illetve a Szabályzatra irányadó jogszabályok, illetve ezek aktualizált módosításai:

- az egészségügyről szóló 1997 évi CLIV. tv.
- a gyógyintézetek működési rendjéről szóló 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet 7 §-a
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv. (Ebtv) és a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet
- a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet
- a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról szóló 46/1997. (XII. 17.) NM rendelet



- a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. tv. és a végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet
- a temetőkről és a temetkezésről szóló 1999. évi XLIII. tv. és a végrehajtásáról szóló 145/1999. (X. 1.) Korm. rendelet 48.§-a
- a foglalkozás-egészségügyi szolgáltról szóló 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet
- az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet
- az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet
- a határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról szóló 59/2007 (XII.29.) EÜM rendelet
- 28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól
- Tájékoztató a magyar egészségbiztosítás szolgáltatásainak nyújtására szerződött szolgáltatók számára az Európai Gazdasági Térség tagállamaiból, Svájc-ból valamint Magyarországgal egészségügyi ellátásra vonatkozó egyezményt kötött államokból érkező személyek egészségügyi ellátásáról (NEAK)

3. Külső egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos térítési elvek

A NEAK-kal szerződéses viszonyban álló, külső egészségügyi intézményekkel kötött szerződéseknél, fekvőbetegeik részére kórházunk által nyújtott konzíliumi és diagnosztikai szolgáltatásokra vonatkozóan, valamint a külső egészségügyi szolgáltatók által a Kistarcsai Flór Ferenc Kórház fekvőbetegei részére nyújtott konzíliumi és diagnosztikai szolgáltatásokra vonatkozóan a NEAK által meghatározott finanszírozási paramétereket kell alkalmazni.

A NEAK-kal szerződéses viszonyban nem álló, külső egészségügyi szolgáltatókkal kötött szerződéseknél – az ő beutalásuk, vizsgálatkérésük alapján végzett konzíliumi és diagnosztikai szolgáltatásokra vonatkozóan – a 4-es térítési kategóriára vonatkozó díjtételeket kell alkalmazni.

4. Beteg biztosítási jogosultságának igazolása

Biztosított: aki a Társadalombiztosítási Azonosító Jelét (a továbbiakban: TAJ szám) igazoló, érvényes hatósági igazolvánnyal, illetve EU-s Egészségbiztosítási kártyával, vagy az azt helyettesítő nyomtatvánnyal (továbbiakban: biztosítást igazoló okmánnyal) rendelkezik. A biztosított térítésmentesen jogosult igénybe venni a NEAK által térített egészségügyi szolgáltatásokat.

Biztosítási jogosultság igazolása

A felvételkor **a beteg kötelessége az ellátásra való jogosultságát igazolni** a regisztrációt végző munkahelyeken.

Az a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személy, aki felvette a beteget, annak kötelessége kitölteni a hivatkozott formanyomtatványokat.



A **biztosítási jogviszony ellenőrzéséhez** a beteg a TAJ kártyáját illetve EU Egészségbiztosítási kártyáját, személyazonosság megállapításához a magyar hatóságok által kiállított személyazonosságot és lakcímet igazoló okmányait, illetve útlevelét is köteles az ellátó személyzetnek - a NEAK által előírt személyi adatok nyilvántartásához - átadni.

A nem magyar biztosítási igazolásokról a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személy másolatot készít és megőrzi azt. (Ha a térítési kategória nem „1”)

Ha a beteg a biztosítását nem tudja igazolni, a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személy kitölti az INT 02-04, INT 02-05, INT 02-06, INT 02-12 vagy az INT 02-13, formanyomtatvány egyikét, melyen a beteg elismeri térítési kötelezettségét, ill. kötelezettséget vállal arra, hogy biztosítási igazolását bemutatja.

A beteget az ellátás megkezdése előtt a kezelő orvos tájékoztatja az ellátás várható költségéről, az INT 24-11, ill. INT 24-12 formanyomtatványon, melyet a beteg és a kezelő orvos egyaránt aláír.

Sürgős szükség, illetve veszélyeztető állapot fennállása, vagy gyanúja esetén az ellátást térítési kategóriától függetlenül nyújtani kell, a nyújtott egészségügyi szolgáltatásért utólagos díjfizetést kell előírni. Ez esetben a térítési kategória igazolására, és a nyilatkozatok aláírására a beteg állapotának javulásakor, vagy intézkedésre jogosult személy jelenlétekor van lehetőség.

5. Térítési kategóriák

5.1 1-es térítési kategória:

Magyar biztosítás alapján végzett ellátás: a NEAK által kiállított Társadalombiztosítási Azonosító Jellel (továbbiakban TAJ) ellátott, érvényes hatósági igazolvánnyal rendelkező beteg ellátása (**NEAK által térített** szolgáltatások esetén).

- A magyar egészségbiztosítás ellátásaira való jogosultságot a biztosítottnak minősülő külföldieknek is igazolniuk kell a TAJ számmal, és az „Igazolás az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságról” elnevezésű nyomtatvánnyal, mely a foglalkoztató pecsétjével van ellátva.
Amennyiben a jogviszonyt igazolni nem tudják, térítés ellenében vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat (4-es térítési kategória).
- A külföldi állampolgárságú tanulók biztosítási jogviszonyukat TAJ számmal és diák igazolvánnyal kötelesek igazolni, ennek hiányában a beteg térítésre kötelezett (4-es térítési kategória).
- A magyar TAJ kártyával rendelkező beteg - amennyiben a TAJ kártyáját nem tudja bemutatni, nyilatkozhat (INT02-13 Nyilatkozat TAJ szám utólagos bemutatásáról), hogy ő biztosított, és az ellátást követő 15 napon belül bemutatja a TAJ kártyáját a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személynek. A Nyilatkozat aláírásakor a beteg tudomásul veszi, hogy **ha a bemutatást elmulasztja, az ellátás díját meg kell fizetnie**.
A TAJ kártya bemutatásig az 1-es térítési kategóriát meg kell előlegezni, a bemutatást követően a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személy feladata az adatok ellenőrzése és szükséges módosítása.



- Ha az ellátást a NEAK nem finanszírozta meg érvényesnek hitt TAJ szám ellenére valamilyen okból, pl. passzívált TAJ - akkor az ellátást utólag a betegnek meg kell térítenie "4"-es térítési kategória szerint.

Ha a beteg a TAJ kártyát 15 napon belül nem mutatta be, az adott személy adatait és az aláírt nyilatkozatot a beteget felvevő személy megküldi az Informatikai és Finanszírozási Osztálynak. A NEAK a pontosan megadott a személyi adatok alapján (név, születési név, szül. idő, szül. hely, anyja neve) kérésre megadja a TAJ számot a rendszerében nyilvántartott biztosítottak esetén. A TAJ szám megadása után az adatokat az IFO, Finanszírozási csoportja módosítja.

Ha a NEAK a kérésre nem tudott érvényes TAJ számot adni, akkor az Informatikai és Finanszírozási Osztály a szükséges adatlapokat a Pénzgazdálkodási Osztály részére számlakészítés céljából megküldi. Ekkor az ellátást utólag a betegnek meg kell térítenie "4"-es térítési kategória szerint.

Amennyiben nem sikerült utólag beszerezni a TAJ számot illetve az EU Biztosítási kártyát, vagy a NEAK a TAJ-t utólag passzíválta, a beteg részére a Pénzgazdálkodási Osztály számlát küld a térítési díj megfizettetése céljából

Ha a térítési díj behajtása adminisztratív úton sikertelen, a dokumentáció alapján jogi úton kell kezdeményezni a térítési díj behajtását.

A bevándoroltak, letelepedési engedéllyel rendelkezők (letelepedettek), menekültként elismertek, hontalanok, valamint olyan külföldiek (állampolgárságtól függetlenül), akik a lakóhelyüket Magyarországra helyezték át, a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal által kiállított igazolvánnyal kötelesek a biztosított mivoltukat igazolni.

Ha már **rendelkeznek** a NEAK által kiadott **TAJ számmal**, akkor az egyéb magyar biztosított betegekkel azonos módon kell eljárni. (Tér.kat.=1, TAJ típus=1)

Ha még **nem rendelkeznek** a NEAK által kiadott **TAJ számot tartalmazó hatósági igazolvánnyal**, akkor a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal által kiállított igazolvánnyal vehetik igénybe az egészségügyi ellátást. Ez esetben a térítési kategória:

- A. befogadott külföldi állampolgár
- D. menekült, menedékes státuszt kérelmező

Mind a két esetben a „Személyazonosító jel” (TAJ) helyére a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal által kiállított igazolvány számát kell beírni, TAJ típus=5.

Igazolvány hiányában a beteg térítésre kötelezett, mivel a biztosítását nem tudja igazolni (4-es térítési kategória).

5.2 „E” térítési kategória

Elszámoláson alapuló **nemzetközi szerződés alapján** történő ellátás, ill. közösségi szabály alapján történő ellátás - **Európai Gazdasági Térség (EGT) tagállamaiban lakó**, és ott egészségbiztosítással rendelkező személyek (EGT állampolgárok, az EGT tagállamok állampolgáraival azonos jogállást élvező harmadik állam állampolgárai) magyarországi



tartózkodásuk során, a megfelelő európai formanyomtatvány, vagy EU Egészségbiztosítási Kártya bemutatása esetén, a magyar biztosítottakkal azonos feltételek mellett vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat az **orvosilag szükséges mértékben**.

A biztosítási okmány adataival az „E” adatlap kitöltése kötelező. Ha az Európai Gazdasági Térség tagállamaiból érkező betegek az EU Egészségbiztosítási Kártyát, vagy az ezt helyettesítő formanyomtatványt az ellátás megkezdése előtt nem tudják bemutatni, térítés ellenében vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat (4-es térítési kategória).

Ha az EU-s biztosítással rendelkező beteg az ellátást megfizette, de az ellátás megkezdése idején már érvényes biztosítást igazoló okmányt a távozást követő második hónap 3. napjáig bemutatja a kezelés helyén, a megfizetett ellátási díjat visszakapja. A Recepción javítják az adatokat és a térítési kategóriát, kitöltik az „E” adatlapot, valamint a bemutatott okmány másolatát megküldik az Informatikai és Finanszírozási Osztálynak.

Az EU-s biztosítással rendelkező beteg személyi azonosságát útlevelével, esetleg személyi igazolványával igazolja, melynek számát a „Személyazonosító jel” (TAJ) helyére kell írni. (TAJ típus=3.)

5.3 3-as térítési kategória:

Államközi szerződés alapján végzett ellátás: a különböző **államközi egyezmények alapján** az egyezményben részes államok állampolgáraik számára külföldi tartózkodásuk idejére (átmeneti jelleggel, azaz a letelepedés szándéka – és letelepedési engedély – nélkül) kölcsönösen különböző egészségügyi ellátási jogosultságokat biztosítanak. Az egyezményes országokból érkező, Magyarországon nem biztosított külföldi állampolgárok díjtalanul (különböző elszámolási módok alapján az egészségbiztosítás terhére) az itt tartózkodásuk alatt **feltétlenül szükséges mértékben, heveny megbetegedés, illetve sürgős szükség** esetén jogosultak egészségügyi ellátásra.

A jogosultságot az egyezményekben meghatározott államok állampolgárai útlevelükkel igazolják, melynek számát a „Személyazonosító jel” (TAJ) helyére fel kell írni. (TAJ típus=3.)

Az egyezményes országokból érkező betegek a sürgős szükség mértékén túli ellátása térítésköteles (4-es térítési kategória).

5.4 4-es térítési kategória (térítésköteles ellátás):

Egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező, vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek **térítésköteles** ellátása. (Minden más ellátás, ami az előző kategóriákba nem sorolható be.) Külföldi egyéb biztosítás – E107-es nyomtatvány kitöltése, igazolványok lemásolása

A fizetendő díjat jelen szabályzat és mellékletei határozzák meg.

6. Térítési díjak mértéke 4-es térítési kategória esetén

Ha a nem biztosított beteg **sürgősségi ellátást** vesz igénybe, akkor a 28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet szerint a fizetendő térítési díj a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) teljesítmény szerinti finanszírozása díjazásával egyezik meg.



A biztosított betegek esetén készíthető „Elszámolási nyilatkozat” a fizetendő térítési díjat meghatározza fekvő és járóbeteg esetén egyaránt.

Egyéb esetben térítési díj kiszámítása mind a járó-, mind a fekvőbeteg ellátásban nyújtott szolgáltatásokért a (NEAK) teljesítmény szerinti finanszírozási rendszerére épül. **A biztosított betegek esetén készíthető „Elszámolási nyilatkozat” nem adható ki a nem sürgős ellátást igénybe vevő fizető beteg részére.** A fizetendő térítési díj megállapításához azonban támpontot nyújthat. (HBCs besorolás, elvégzett beavatkozások pontszámai.)

A betegdokumentációt kizárólag magyar nyelven adjuk ki.

Az ambuláns szakorvosi és egyéb nem szakorvosi (gyógytornász, fizioterápia stb.) ellátást, az aktív ill. a rehabilitációs osztályon történő ellátást **külön-külön** kell megtéríteni.

Több járóbeteg ellátás igénybevétele esetén minden ellátás térítési díját külön-külön kell felszámítani.

4-es térítési kategóriában: amennyiben az ambuláns vizsgálat napján a beteg fekvőbeteg osztályra kerül, a felvétel napján történt ambuláns és diagnosztikai vizsgálatokat külön nem kell megtéríteni, az a fekvőbeteg ellátásba beleértendő. Kivétel: sürgősségi ambulancia, és az általa kért diagnosztikai vizsgálatok, melyek fekvő felvétel esetén is külön megfizetendők.

A kiszámított díjat 100 Ft-ra kell kerekíteni, a kerekítési szabályoknak megfelelően, 49 Ft-ig lefelé, 50 Ft-tól felfelé.

Az egynapos sebészeti ill. a kúraszerű ellátás akár ambuláns, akár fekvő ellátás keretében történik, az ellátási díjat az **aktív fekvőbeteg** ellátásra vonatkozó szabályok szerint kell kiszámítani.

Az egyszerhasználatos eszközök és implantátumok, valamint a tételesen térítendő gyógyszerek ára a beszerzési számla alapján az ellátási díjon felül fizetendő.

Más intézettel kötött háttérintézeti szerződés esetén a "4-es" térítési kategóriának megfelelő emelt díjjal történik a számlázás, melynek mértékét az 1. sz. melléklet tartalmazza.

6.1 Fekvőbeteg szakellátás térítési díja (4-es térítési kategória esetén)

a, Aktív osztályon történő ellátás esetén az ellátási díj alapja az adott eset „Homogén Betegségcsoport” (HBCs) szerinti besorolása. A „Homogén Betegségcsoport” listáját, a hozzátartozó súlyszámmal és egyéb jellemzőivel az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló, többször módosított 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet tartalmazza.

Több aktív osztályon történő ellátás esetén a beteg nem fizet osztályonként, hanem csak az utolsó aktív osztályról való távozáskor, 1 HBCs szerint, mely az osztályos besorolások közül a legnagyobb súlyszámú.

A **súlyszám és az intézményi egységár** szorzata **az intézményi határnapig** fedezi az ellátás díját.

Intézményi határnap: besorolás szerinti HBCs normatív napjának fele (egészre kerekítve).

- Amennyiben a HBCs szerinti alsó határnap ettől nagyobb, akkor a HBCs szerinti alsó határnapja. Az **intézményi határnap** után minden további ápolási napra HBCs-től független egységes aktív napi térítési díjat számítunk.



A kiszámított térítési díj tartalmazza a gyógyszer, diagnosztikai vizsgálatok (CT, MR is), élelmezés költségét is.

Az ellátás díja a következő esetekben megegyezik a NEAK által térített díjjal:

- újszülött első ellátása (az az első osztályos ellátási esemény, amelyben megszületett, távozásig, vagy áthelyezésig)
- 24 órán belüli elhalálozás
- boncolás
- művi meddővé tétel nem orvosi indikációra (kizárólag magyar állampolgár részére).

Szülési eseménynél nemcsak a szülést, hanem az újszülött ellátását is meg kell fizetni

Kísérő személy felvétele esetén napi ellátási díjat számolunk fel.

A súlyszám intézményi Ft egységárát, az intézményi határnap feletti aktív napi térítési díjat, valamint a kísérő személy napi ellátási díját az 1. sz. melléklet tartalmazza.

b, Rehabilitációs osztályon a teljesített ápolási napokra napi ellátási díj fizetendő, az 1. sz. melléklet szerint.

A napi ellátási díj tartalmazza a gyógyszer, élelmezés, diagnosztikai eljárások díját is, kivételt képez a CT ill. MR vizsgálat, melyet a járóbeteg és diagnosztikai ellátásnál leírtak szerint külön meg kell téríteni.

A számla készítésének alapbizonylata fekvőbeteg ellátás esetén az informatikai rendszerből kinyomtatott (hiánytalanul kitöltött) „Adatlap” a kezelőorvos által hitelesítve. Ennek alapján kell kiállítani az „ADATLAP fizető fekvőbetegek ellátásáról térítési díj megállapításához” (INT24-01 vagy INT24-02) formanyomtatványt, melyet szintén a kezelőorvos hitelesít. Ezen az adatlapon fel kell tüntetni az aktív ellátás HBCs kódját, megnevezését, súlyszámát, valamint az intézményi határnap feletti ápolási napok számát, rehabilitációs ellátás esetén az ápolási napok számát. A 8.1 pontban leírtak szerint kiszámított összeget, a fizetendő kerekített összeget szintén fel kell tüntetni.

A felvétel és a távozás napját az ápolási napok számításánál (aktív és rehabilitációs egyaránt) fél-fél napként, azaz összesen 1 napként kell figyelembe venni. A HBCS besorolást a távoztató kezelőorvos végzi el a diagnózisok és a beavatkozások alapján, figyelembe véve az esetleges előző, áthelyezett osztályos ápolási eseményeket is.

6.2 Járóbeteg szakellátás és diagnosztikai szolgáltatás térítési díja (4-es térítési kategória esetén)

A járóbeteg szakellátáson és diagnosztikai munkahelyen egészségügyi szolgáltatást járóbetegként igénybe vevő betegnek tételes elszámolás alapján kell térítési díjat fizetni. A járóbeteg ellátást nem kell megfizetni, ha utána (ugyanazon a naptári napon) osztályos felvételre kerül sor (kivétel: SBO ambulancia, melyet mindig téríteni kell). A térítési díj számításának alapja az ellátás során végzett tevékenységek (vizsgálatok, beavatkozások) összes pontértéke. A tevékenységlistát és a hozzátartozó pontértéket az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló, többször módosított 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet tartalmazza.



A számla készítésének alapbizonylata az „ADATLAP fizető járóbetegek ellátásáról térítési díj megállapításához” (INT 24-03 vagy INT 24-04) formanyomtatvány, a kezelőorvos által hitelesítve. Az adatlapon tételesen fel kell sorolni az elvégzett vizsgálatokat és beavatkozásokat kód, név és pontszám megjelölésével. Amennyiben a betegnek laboratóriumi vizsgálatok is készültek, (és azokat a beteg nem közvetlenül a közreműködő szolgáltatótól fizette), az adatlapon azokat is fel kell tüntetni. A fizetendő ellátási díj mértékét az 1. sz. melléklet tartalmazza.

Más fekvőbeteg gyógyintézet fekvőbetege részére végzett vizsgálatokat az OENO pontszámok szerint a NEAK által meghatározott díjjal kell számlázni, ha a másik intézménnyel külön megállapodás másképp nem rendelkezik.

7. Biztosított számára is csak teljes térítés ellenében nyújtható szolgáltatások

A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv.-ben meghatározott térítési díj befizetése ellenében igénybe vehető szolgáltatások a 2. számú melléklet szerint.

A kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról szóló 46/1997. (XII. 17.) NM rendeletben meghatározottak térítési díját a 4-es térítési kategória ellátási díjainak meghatározása szerint kell megállapítani

- Plasztikai sebészeti beavatkozásoknál.
- Extrém sportokkal kapcsolatos ellátás

A térítési díjat a beavatkozás elvégzése előtt kell befizetni postai utalványon, átutalással, vagy készpénzzel a pénztárban.

Terhesség-megszakítás térítési díja

A nem orvosi indikáció alapján végzett terhesség-megszakítás térítési díját a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII.23.) NM rendelet szabályozza. A terhesség-megszakítás díját 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.

Kötelező vizsgálaton felüli terhességi UH vizsgálatok képi dokumentációja

A nem orvosi indikációra – kötelezően előírt vizsgálaton felül – történő ultrahangos terhességi vizsgálatokhoz kapcsolódó szolgáltatás, (képi dokumentáció) ellátási díj ellenében igényelhető a Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályon.

A számlakészítés alapbizonylata az INT024-14 „KÉRÉS kötelezőn felüli terhességi UH vizsgálatok képi dokumentáció kiadásához” elnevezésű nyomtatvány, amely kitöltése után a Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály nyugtát állít ki, nyugta eredeti példányát átadja az igénylőnek. Ennek kiegyenlítését követően az Osztály kiadja az elkészült dokumentációt.



Az Osztály a nyugta kiállításához nyugtatömböt vesz át a házipénztárból, és a beszedett térítési díjjal minden hét utolsó munkanapján 13. óráig elszámol. Az elszámolás alapja a nyugtatömb másod példánya és az eredeti alapbizonylat.

8. Halott ellátással kapcsolatos költségek

Kórházunk elhunyt beteg esetén halott hűtési díjat számít fel, térítési kategóriától függetlenül, a 3. számú mellékletben leírtak szerint.

Dokumentálása az INT24 -05 Pénztári értesítő halott hűtési díj befizetéséhez nyomtatványon történik.

9. Speciális műlencse igénybevétele

A szürke-hályog műtétre jelentkező beteget, a vizsgálatot követően tájékoztatni kell arról, hogy a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által finanszírozott műtétek során normál szemlencse kerül beültetésre, de van lehetőség a műtét során speciális műlencse beültetésére is.

Ebben az esetben a betegnek kell vállalni, hogy a **speciális implantátum, és a NEAK finanszírozásban szereplő normál szemlencse közötti árkülönbséget** a műtét előtt megtéríti.

Eljárás rendje:

1. A kezelő orvos tájékoztatja a biztosítottat a fizetési kötelezettségről és a díj összegéről.

2. A kezelő orvos az INT 24-07 sz. nyomtatványt kitölti, a biztosított vagy (kísérője) számla ellenében a díjat a Pénztárban befizeti.

3. A befizetés a pénztárbizonylat átadásával igazolható, ezt követően a beteg ellátható.

A térítendő árkülönbséget a 2.4. sz. melléklet tartalmazza.

10. Részleges térítési díjfizetési kötelezettség az alábbi egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozik

(1997. évi LXXXIII. törvény, 217/1997. (XII.1.) Korm. r., 284/1997. (XII. 23.) Korm. r.):

Egyéni igény szerinti, a beteg egészségi állapota által nem indokolt, magasabb színvonalú elhelyezés igénybevétele (5. sz. melléklet Kiemelt és emelt komfort fokozatú kórtermek felszereltsége és térítési díja)

Kiemelt és emelt komfort fokozatú kórterem igénybevétele

Kórházunkban igénybe vehető emelt és kiemelt komfortfokozatú (VIP) kórtermi (1 illetve 2 ágyas) elhelyezés. Emelt komfort fokozatúnál rendelkezésre áll önálló vizesblokk, kiemelt komfort fokozatúaknál önálló vizesblokk, hűtő, mikrohullámú sütő, klíma, TV áll a beteg rendelkezésére.

Kiemelt és emelt komfort fokozatú kórterem elhelyezkedését, felszereltségét és a térítési díját, az 5. sz. melléklet tartalmazza.

A betegnek a kiemelt és emelt komfort fokozatú kórteremben történő elhelyezést **felvételkor igényelni kell** a „Nyilatkozat kiemelt ill. emelt komfortfokozatú kórteremben történő betegelhelyezéshez” nyomtatvány kitöltésével (INT 24-08).



Az osztály a nyomtatványt nyilvántartásba veszi és kórházi tartózkodásnak ideje alatt a beteg egészségügyi dokumentációjában megőrzi. A beteg távozásakor a kórházi osztály kitölti az igazolást, és a nyomtatványt – a számla kiállítása céljából – haladéktalanul, és úgy küldi meg a Pénzgazdálkodási Osztálynak, hogy a térítési díjat a beteg kórházból való távozásakor meg tudja fizetni. A továbbiakban ezt a nyomtatványt a Pénzgazdálkodási Osztályon kell megőrizni.

Abban az esetben, ha a beteg nem saját kérésére került kiemelt, illetve emelt komfortfokozatú kórterembe, akkor annak igénybevételéért nem kell térítési díjat fizetni.

Az emelt- ill. kiemelt komfortfokozatú kórtermek díját térítési kategóriától függetlenül meg kell téríteni, a fizető („4”-es térítési kategória) betegeknek az ellátási díjon felül.

11. A beteg beutalás szakmai rendjét Kórházunkban az INT 02 Betegregisztráció és Irányítás szabályzata tartalmazza.

Az alapellátás ill. a szakellátás orvosa szükség esetén a beteget járóbeteg szakellátásra vagy fekvőbeteg gyógyintézetbe utalhatja

Ha a 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.

A **beutaló** - ideértve a kórházi átirányítás esetén a **zárójelentést** is - egyértelműen tartalmazza a vizsgálatra vagy gyógykezelésre **felkért intézmény pontos megjelölését**, a beteg állapotának, eddigi kezelési eredményeinek rövid leírását és a feltételezett kórismét. A konzíliumi beutaló konkrét kérdésfelvetéssel zárul.

A beteg a szakellátást akkor veszi **a beutalás szakmai rendjének megfelelően** igénybe, ha azt az intézményt keresi fel, amelyet a beutaló orvos vizsgálatára vagy gyógykezelésére felkért.

A beteg szakorvosi vizsgálatra, illetve fekvőbeteg gyógyintézetbe történő beutalásával egyidejűleg a beutaló orvos mentő- ill. betegszállításról intézkedhet.

12. Orvosi beutaló nélkül is jogosult igénybe venni a biztosított

- a következő szakorvosi rendelők és gondozók által nyújtott szakellátást:
 - bőrgyógyászati
 - nőgyógyászati
 - urológiai
 - pszichiátriai és addiktológiai
 - szemészeti
 - fül-orr-gégészeti
 - onkológiai
 - sebészeti



- Ha az ellátást sürgős szükség, illetve azonnali ellátás indokolja.
- A társadalombiztosítási ellátásra a külön jogszabályban meghatározott szociális juttatásra, vagy kedvezményre való jogosultság megállapítás céljából a biztosított orvosi beutaló nélkül is jogosult felkeresni a vonatkozó jogszabályok szerint a szakvélemény (igazolás) elkészítésére jogosult egészségügyi szolgálatot.
- A szakellátásra beutalt biztosított ismételt orvosi beutalás nélkül jogosult igénybe venni a járóbeteg-szakellátást, 90 napon belül, vagy ha szakorvosa más határidőre rendelte vissza.
- A kúraszerű ellátásra beutalt biztosítottaknak csak a kúra első kezelésénél kell a beutaló.

Szakrendeléseinkre, ambulanciáinkra előzetesen időpontot kell kérni, még akkor is, ha az beutaló nélkül vehető igénybe.

13. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos adatszolgáltatási lehetőségek

A dokumentáció **kikérésének menetét az „INT42 Egészségügyi dokumentáció kiadásának eljárásrendje a Flór Ferenc Kórház orvosigazgatóságán” tartalmazza. A kérelemre vonatkozó** formanyomtatványt (INT42-01) szükséges kitölteni. A kérelmező betekint a kikért anyagba, ill. kiválasztja a másolni kívánt dokumentumot.

A másolás szolgáltatási díját a 4. sz. melléklet szerint megfizeti.

14. Térítési díjkedvezmény

A térítési díj megfizetésére részletfizetés kérhető. A részletfizetést a főigazgató engedélyezi. A kérelmet a főigazgató részére kell megküldeni, aki 5 munkanapon belül dönt a kérelem jóváhagyásáról, vagy elutasításáról. Mind jóváhagyás, mind elutasítás esetén a főigazgató levélben ad tájékoztatást a kérelmezőnek a döntéséről és a részletfizetés rendjéről.

15. Számlaadás

Az ellátás befejezésekor a tényleges ápolási idő figyelembevételével a távozáskor érvényes térítési díjról számlát kell kiállítani.

Számlát kizárólag a Pénzgazdálkodási Osztály állíthat ki, a Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, a Recepció, az SBO nyugtát állít ki, amely alapján a térítési díjat beszedi, majd a nyugta másodpéldányát, és az alátámasztó dokumentációt átadja a Pénzgazdálkodási Osztály részére, aki haladéktalanul számlát állít ki „pénzügyi teljesítést nem igényel” megjegyzéssel és utólag megküldi az ellátott részére.

A nem biztosított beteg a számla ellenértékét az utolsó ellátási napon köteles a házipénztárba befizetni. Ha a számlát vállalkozás, vagy biztosító társaság fizeti, a beteg (vagy hozzátartozója) köteles a vállalkozástól, vagy biztosító társaságtól fizetési garanciát kérni, mely kötelezvénynek még a beteg távozása előtt meg kell érkezni. Ebben az esetben készül átutalással, 8 napon belül kiegyenlítendő számla. Az ezzel kapcsolatos költségek (telefon, fax, vagy postaköltség) a beteget terhelik. Ha a fizetési garancia a beteg távozásáig nem érkezik meg, az ellátás költségét a betegnek kell vállalnia. (Nem fizetés esetén az INT24-06 Kötelezvényt aláírni).



Számla készítése és a térítési díj beszedése a szolgáltatást nyújtó részleg (osztály) írásos értesítése alapján:

- Aktív fekvőbeteg ellátás és boncolás esetén INT24-01
- Rehabilitációs fekvőbeteg ellátás esetén INT24-02
- Járóbeteg és diagnosztikai ellátás esetén INT24-03
- Más intézmény fekvőbetegei részére végzett járó és diagnosztikai ell. esetén INT24-04
- Szülészeti- Nőgyógyászaton a kötelező vizsgálaton felüli terhességi UH vizsgálatok képi dokumentáció kiadása esetén INT 24-14,

A befizetés főmunkaidőben (munkanapokon hétfőtől csütörtökig 7:30-15:00, pénteken 7:30-12:00), a pénztárban, ügyeleti időben a Recepción, illetve az SBO-n történik.

16 Szolgáltatási díjak behajtása

Amennyiben a szolgáltatást igénybevevő az intézmény által nyújtott szolgáltatás ellenértékét nem téríti meg, a felmerült költség érvényesítéséről az intézmény jogi úton gondoskodik.

17. Közzététel

Jelen szabályzat közzé tétele a kórház dolgozói részére az intraneten történik, a betegek számára a Recepción és a Pénztárban nyomtatott formában, valamint a kórház honlapján is megtekinthető.

18. A szabályzat folyamatos karbantartásáért felelős

Az Informatikai és Finaszírozási Osztály vezetője és a Pénzgazdálkodási osztály vezetője



19. Hivatkozott formanyomtatványok, feljegyzések

Kód	Megnevezés	Megőrzési idő	Megőrzési hely
INT-02-04	Nyilatkozat nem biztosított beteg fizetési kötelezettségéről	10 év	Betegdokumentáció
INT-02-05	Nyilatk. külföldön biztosított beteg fizetési kötelezettség.	10 év	Betegdokumentáció
INT-02-06	Nyilatkozat Európai Uniós beteg fizetési kötelezettségéről	10 év	Betegdokumentáció
INT 02-12	Nyilatk. utólagos Európai Uniós biztosítási kártya bemutatásáról	10 év	Inform. Finanz. oszt.
INT 02-13	Nyilatkozat TAJ kártya utólagos bemutatásáról	10 év	Inform. Finanz. oszt.
INT 24-01	Adatlap fizető fekvőbeteg ellátásáról (aktív)	10 év	Pénzgazdálkodás
INT 24-02	Adatlap fizető fekvőbeteg ellátásáról (krón., rehab.)	10 év	Pénzgazdálkodás
INT 24-03	Adatlap járóbeteg ellátásáról (járó és diagnosztika)	10 év	Pénzgazdálkodás
INT 24-04	Adatlap külső int. fekvőbetege részére végzett járó és diagnosztikai ellátásról	10 év	Pénzgazdálkodás
INT 24-05	Pénztári értesítő halott hűtési díj befizetéséhez	10 év	Pénzgazdálkodás
INT 24-06	Kötelezvény	10 év	Pénzgazdálkodás
INT 24-07	Nyilatkozat (speciális és norm. implantátum árkülönbözetének térítéséhez)	10 év	Pénzgazdálkodás
INT 24-08	Nyilatkozat VIP / emelt komfortfokozatú krt.-ben történő elhelyezéshez	10 év	Pénzgazdálkodás
INT 24-11	Tájékoztató Járóbeteg ellátás várható térítési díjáról	10 év	betegdokumentáció
INT 24-12	Tájékoztató Fekvőbeteg (vagy kúraszerű) ellátás várható térítési díjáról	10 év	betegdokumentáció
INT 42-01	Egészségügyi dokumentáció kikérő lap	5 év	Orvosigatóság
INT 24-14	KÉRÉS kötelező vizsgálaton felüli terhelességi UH vizsgálatok képi dokumentáció kiadásához	10 év	Pénzgazdálkodás, betegdokumentáció
INT 24-15	Kötelezvény – Krónikus osztályon 6 hónapon túli ellátás kiegészítő díjának fizetésére	10 év	Pénzgazdálkodás

20. Mellékletek:

1. melléklet: Az aktív, rehabilitációs fekvőbeteg ellátásban, a járóbeteg ellátásban fizetendő térítési díjak
2. melléklet: Biztosított beteg részére teljes térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások díja
3. melléklet: A halottakkal kapcsolatos szolgáltatások díjai
4. melléklet: Egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó adatszolgáltatások térítési díjai
5. melléklet: Kiemelt és emelt komfort fokozatú kórtermek elhelyezkedése, felszereltsége és térítési díja



Az aktív, rehabilitációs fekvőbeteg ellátásban, a járóbeteg ellátásban fizetendő térítési díjak

(Az itt meghatározott térítési díjak az emelt szintű szolgáltatások nélkül értendők, normál kórházi elhelyezés esetén.)

Az aktív súlyszám, a krónikus napidíj, valamint a járóbeteg pontszám Ft értéke a NEAK által kiadott előre meghatározott alapidíj (NEAK közleményben közzétéve)

Aktív fekvőbeteg ellátásban

- A HBCs súlyszám NEAK alapidíjának 1,7-szerese.
- Az intézményi határnap után minden további ápolási napért az alapidíj 0,25-szörösét kell fizetni.
- A 6.1. a. pontban megadott kivételek esetén a súlyszám Ft értéke a NEAK által kiadott alapidíj.

Rehabilitációs fekvőbeteg ellátásban (nem biztosított beteg esetén):

NEAK által meghatározott krónikus napidíj 1,5-szöröse a szakmaszorzóval korrigálva.
Szakmaszorzó Pszichi.rehab. és Intenzív rehabilitációs ellátás esetén: 2,0,

Kísérő személy ellátása esetén:

NEAK által meghatározott krónikus napidíj fizetendő ellátási naponként.

Járóbeteg ellátás:

A NEAK által meghatározott járóbeteg pontszám Ft értékének 4-szerese

A laborpontszám esetén a NEAK által meghatározott járóbeteg pontszám Ft értékének 3-szorosa

A közreműködő diagnosztikai szolgáltatók által végzett diagnosztikai vizsgálatokat a közreműködőnél kell fizetni az általa meghatározott díjon. Amennyiben a beteg nem, csak a vizsgálati anyaga kerül a közreműködő szolgáltatóhoz, a vizsgálatokat kérő ambulancia, szakrendelés a saját tevékenység kódjai mellett a kért vizsgálatok kódjait is tüntesse fel.

Más fekvőbeteg gyógyintézet fekvőbetege részére végzett vizsgálatok esetén a pontszám Ft értéke a NEAK által kiadott előre meghatározott alapidíj. (Ha a másik intézménnyel külön megállapodás másképp nem rendelkezik.)

Az OENO ill. a HBCs kódtáblázat a súlyszámokkal ill. pontszámokkal a Recepción, a Pénztárban, ill. az intraneten megtekinthető, de jelen szabályzat szervez részét nem képezi.



**Biztosított beteg részére teljes térítés mellett igénybe vehető
egészségügyi szolgáltatások díja**

2.1 A 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendeletben meghatározott egészségügyi szolgáltatások, az ott meghatározott díjak megfizetése mellett vehetők igénybe. (Pl. láttelep készítése és kiadása, részeg személy detoxikálása stb.)

2.2. **A társadalombiztosítás által nem támogatott gyógyászati segédeszközök igénybevétele**
Térítési díj: az ellátáskor érvényes jogszabályban meghatározottak szerint

2.3. Az egyszer használatos eszközök és implantátumok, valamint a tételesen térítendő gyógyszerek ára a beszerzési számla alapján.

2.4 **Speciális műlencse igénybevétele esetén árkülönbözet:**

Térítési díjak:

Acrysof Restor lencse (bruttó) árkülönbözet	135.000 Ft
Morcher iris diafragma lencse (bruttó) árkülönbözet	200.000 Ft



A halottakkal kapcsolatos szolgáltatások díjai

Kórházunkban elhunyt illetve boncolt beteg esetén halott hűtési díjat számítunk fel.

A halott hűtés térítési díját a halotti bizonyítvány kiállítását követő 2. munkanaptól kell felszámítani.

Kórházban elhunyt illetve boncolt beteg esetében:

a 2-6. napig egységes a fizetendő díj:	15. 000,- Ft
a 7. naptól kezdve a napi hűtési díj:	3. 000,- Ft

kórházi dolgozó és hozzátartozó részére

a 2-6. napig egységes a fizetendő díj:	1.500,- Ft
a 7. naptól kezdve a napi hűtési díj:	300,- Ft

Az árak az ÁFÁ -t nem tartalmazzák! Az ÁFA mértékét a mindenkori jogszabályi előírásoknak megfelelően kell megállapítani és felszámítani!



4. sz. melléklet.

Egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó adatszolgáltatások térítési díjai

1. Egészségügyi dokumentum másolása 2. kikérés esetén oldalanként	100.- Ft
Ügyviteli díj (mely tartalmazza a kórlapok irattárból való kikeresését, rendezését)	2.000.- Ft
2. Horoszkóphoz adatszolgáltatás oldalanként	200.- Ft
Ügyviteli díj (mely tartalmazza a kórlapok irattárból való kikeresését, rendezését)	2.000.- Ft
3. Egyéb fénymásolás:	
	A/4 oldal: 35.- Ft/oldal
	A/3 oldal: 60.- Ft/oldal
4. A képkalkuló diagnosztikai lelet másolat elektronikus adathordozón. (tartalmazza az adathordozó költségét is)	
	CD 1.000 Ft/db
	DVD 1.250 Ft/db
5. Kötelező vizsgálaton felüli terhességi UH vizsgálatok, képi dokumentáció	1.000 Ft/db

Az árak az ÁFÁ -t nem tartalmazzák. Az ÁFA mértékét a mindenkor jogszabályi előírásoknak megfelelően kell megállapítani és felszámítani!

Amennyiben a másolatot postai úton kéri, a postaköltség külön felszámításra kerül!



**Kiemelt és emelt komfort fokozatú kórtermek elhelyezkedése,
felszereltsége és térítési díja**

Osztály	Kórtermek	Fürdőszoba	TV	Mikro	Légkondi	Hűtő	Megjegyzés	Ft/fő/éj
Reumatológia	11	x	x				2 ágyas	3 500
	12	x	x				2 ágyas	3 500
Neurológia	198	x	x				inkább elkülönítő, ritkán VIP 2 ágyas	3 000
	199	x	x				inkább elkülönítő, ritkán VIP 2 ágyas	3 000
	201	x	x				inkább elkülönítő, ritkán VIP 2 ágyas	3 000
	202	x	x				inkább elkülönítő, ritkán VIP 2 ágyas	3 000
II. Belgyógyászat	621	x	x				helyhiány miatt nem VIP 2 ágyas	3 000
	622	x	x				helyhiány miatt nem VIP 2 ágyas	3 000
III. Belgyógyászat	617	x	x			x	helyhiány esetén nem VIP 2 ágyas	3 500
	618	x	x			x	helyhiány esetén nem VIP 2 ágyas	3 500
V. Belgyógyászat 6. emelet	10	x	x				2 ágyas	3 500
	11	x	x				2 ágyas	3 500
	12	x	x				2 ágyas	3 500
V. Belgyógyászat 3. emelet	332	x	x		x		2 ágyas	3 500
Szemészet	302	x					inkább elkülönítő, ritkán VIP 1 ágyas	3 500
	303	x					inkább elkülönítő, ritkán VIP 1 ágyas	3 500
Szülészeti- Nőgyógyászat	520	x	x	x	x	x	2 ágyas	12 000**
	521	x	x	x	x	x	2 ágyas	12 000**
	525	x	x	x	x	x	2 ágyas	12 000**
	526	x	x	x	x	x	2 ágyas	12 000**
	527	x	x	x	x	x	2 ágyas fürdő közös a 528-al	12 000**
	528	x	x	x	x	x	2 ágyas fürdő közös a 527-el	12 000**
	532	x	x	x	x	x	1 ágyas	20 000*
	533	x	x	x	x	x	1 ágyas +vendég apa ágy	20 000*
	534	x	x	x	x	x	1 ágyas +vendég apa ágy	20 000*
Fül-Orr-Gége	462	x	x	x	x	x	2 ágyas	12 000**
	463	x	x	x	x	x	2 ágyas	12 000**

*kórházi dolgozó és hozzátartozó részére a térítési díj 5.000.- Ft/fő/éj

**kórházi dolgozó és hozzátartozó részére a térítési díj 4.000.- Ft/fő/éj