



VÁCI JÁVORSZKY ÖDÖN KÓRHÁZ
2600 Vác, Argenti Döme tér 1-3.

30K/0017-000/24

SZ27

TÉRÍTÉSI DÍJSZABÁLYZAT

Verziószám: 2.



Jelen szabályzat az irányítói jogkör gyakorlására kijelölt szervezet, az Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház Főigazgatójának jóváhagyását követő napon lép hatályba.

Jóváhagyta:

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

Jóváhagyás helye, ideje:
Budapest, 2023. szeptember 14.

**1. A szabályzat célja:**

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

2. A szabályzat hatálya:

E szabályzat hatálya a Váci Jávorszky Ödön Kórház (a továbbiakban: Kórház) betegellátási, illetve azokhoz kapcsolódó, a betegek, illetve kísérőik számára nyújtott szolgáltatásaira, a szolgáltatásnyújtásban és az ahhoz kapcsolódó adminisztrációs, elszámolási tevékenységekben részt vevő valamennyi szervezeti egységre és személyre kiterjed.

3. Hivatkozások:

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

- 3.1 az egészségügyről szóló 1997 évi CLIV. tv.
- 3.2 a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv. (Ebtv) és a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet
- 3.3 2019 évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről
- 3.4 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
- 3.5 a gyógyintézetek működési rendjéről szóló 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet 7 §-a
- 3.6 a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet
- 3.7 a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról szóló 46/1997. (XII. 17.) NM rendelet
- 3.8 a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. tv. és a végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet
- 3.9 a temetőkről és a temetkezésről szóló 1999. évi XLIII. tv. és a végrehajtásáról szóló 145/1999. (X. 1.) Korm. rendelet 48.§-a
- 3.10 a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló 351/2013. (X.4.) Korm. rendelet 38.§-a
- 3.11 a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról szóló 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet
- 3.12 az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet
- 3.13 az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet
- 3.14 a határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról szóló 59/2007 (XII.29.) EüM rendelet
- 3.15 a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet és a végrehajtásáról szóló 987/2009/EK rendelet



- 3.16 határon átnyúló ellátás a 2011/24/EU Irányelv alapján
- 3.17 a magyar szovjet szociálpolitikai egyezmény végrehajtásáról szóló 7/1964. (VIII.30.) MűM rendelet
- 3.18 a magyar jugoszláv szociálpolitikai egyezményről szóló 1959. évi 20. sz. tvr. 11. cikkely
- 3.19 A magyar bosnyák szociális biztonsági egyezményről szóló 2009. évi II. törvény 12. cikkely
- 3.20 a magyar montenegrói szociális biztonsági egyezményről szóló 2008. évi LXXII. törvény 12. cikkely
- 3.21 a magyar szerb szociális biztonsági egyezményről szóló 2013. évi CCXXXIV. törvény 12. cikkely
- 3.22 17/1984. (III. 27.) MT rendelet a magyar angolai egészségügyi együttműködési egyezményről
- 3.23 14/1975. (V. 14.) MT rendelet a magyar koreai egészségügyi együttműködési egyezményről
- 3.24 47/1978. (X. 4.) MT rendelet a magyar iraki egészségügyi együttműködési egyezményről
- 3.25 15/1981. (V. 23.) MT rendelet a magyar jordániai egészségügyi együttműködési egyezményről
- 3.26 2011. évi CXVIII. törvény a Magyar Köztársaság és Mongólia között a szociális biztonságról szóló Egyezmény
- 3.27 33/1979. (X. 14.) MT rendelet a magyar kuvaiti egészségügyi együttműködési egyezményről

4. Meghatározások:

- **Biztosított**, aki a Társadalombiztosítási Azonosító Jelét (a továbbiakban: TAJ szám) igazoló, érvényes hatósági igazolvánnyal, illetve Európai Egészségbiztosítási Kártyával, vagy az azt helyettesítő nyomtatvánnyal (továbbiakban: biztosítást igazoló okmánnyal) rendelkezik. A biztosított térítésmentesen jogosult igénybe venni a NEAK által térített egészségügyi szolgáltatásokat.
- **Térítési díj fizetésére kötelezett személy**: Nem biztosított külföldi vagy magyar (érvénytelen TAJ számmal rendelkező, TAJ számmal nem rendelkező) személyek (jogviszony ellenőrzés során „barna” vagy „kék” jelzés a név mellett).
- **Sürgős szükség**: Az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. A sürgős szükség körébe tartozó állapotokat és betegségeket az 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet melléklete tartalmazza.
- **Veszélyeztető állapot**: Az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene.
- **Európai Egészségbiztosítási Kártya**: Az Európai Gazdasági Térség tagállamainak állampolgárai és a svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek részére ideiglenes magyarországi tartózkodásuk során az orvosilag szükséges egészségügyi szolgáltatás igénybevételének jogosságát igazoló dokumentum.
- **Orvosi okokból szükségessé váló természetbeni ellátások**: azon ellátásokat jelentik, amelyeket a tartózkodási hely szerinti tagállamban, ennek jogszabályai alapján nyújtanak annak érdekében, hogy a biztosított a szükséges gyógykezelés



céljából ne kényszerüljön tervezett tartózkodásának vége előtt visszatérni az illetékes tagállamba. Ennek eldöntése minden esetben orvosszakmai kérdés (továbbiakban **orvosilag szükséges ellátás**).

5. A szabályzat tartalma:

5.1 Alapelvek:

Sürgős szükség esetén az egészségügyi szolgáltatást a biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül nyújtani kell. Ezen állapotok és betegségek felsorolását jogszabály tartalmazza [52/2006. (XII.28) EüM rendelet]. Tervezhető ellátás esetén a térítésmentes ellátásra való jogosultságot ellenőrizni (igazolni) szükséges. Jogosultság hiányában az ellátás díjának kifizetését vagy az arra való kötelezettségvállalást a tervezhető ellátás nyújtásának feltételéül szabjuk.

Az ellátás jogalapjáról a beteg állapota alapján lehetséges legkorábbi időben meg kell győződni. Az ellentételezés szempontjából tisztázatlan ellátást csak abban az esetben nyújtunk, ha a beteg egészségi állapotában olyan változás következett be, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne (a továbbiakban: sürgős szükség).

Nem biztosított, valamint a szolgáltatásokat részleges, kiegészítő térítés mellett (többlettartalommal, emelt szinten stb.) igénybe vevő beteget az ellátás ütemezése, szakmai tartalma szempontjából a biztosított betegekkel azonos elvek szerint kell ellátni.

Minden biztosított számára garantálni kell az ellátás alapszintű, azaz kényelmi szolgáltatások és egyéb többlettartalom nélküli igénybevételének lehetőségét. Amennyiben csak emelt szintű kapacitás áll rendelkezésre, az alapszintet igénylő biztosítottak az ellátást külön térítési díj nélkül kell nyújtani.

A kiegészítő (kényelmi és egyéb) szolgáltatások nyújtása korlátozható vagy elutasítható amennyiben a betegellátás tekintetében rendkívüli helyzet áll elő (pl. járvány).

„Az egészségügyi szolgáltató jól látható helyen kifüggeszti a térítési díjak feltüntetésével a szolgáltatónál térítési díj fizetése mellett igénybe vehető szolgáltatások jegyzékét, továbbá a szolgáltatások megkezdése előtt a biztosítottat tájékoztatja az indokolt és az általa igényelt térítésköteles szolgáltatások díjáról.” (Ebtv.25§ (1))

Ha valamely egészségügyi szolgáltatásért térítési díjat kell fizetni, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának megkezdését megelőzően a szolgáltatást igénybe venni kívánó személyt, illetve az Eütv. 16. § (1) és (2) bekezdésében meghatározott esetekben az ott meghatározott személyt szóban és írásban tájékoztatni kell a szolgáltatásokért fizetendő térítési díj várható összegéről, az előzetesen kalkulált, valamint ténylegesen felmerült költségek befizetésének módjáról. A betegnek nyilatkoznia kell arról, hogy vállalja a választott, térítési díj ellenében igénybe vehető ellátások díjának kiegyenlítését.

Térítésköteles szolgáltatás – sürgős szükséghelyzet kivételével – előre befizetett térítési díj vagy díjelőleg ellenében nyújtható. A Kórház az aktuális Térítési Díjszabályzatát a Finanszírozási, Informatikai és Betegdokumentációs Osztály (továbbiakban FIBO)



betegfelvételi irodáján és a Pénztárban nyomtatott formában, internetes honlapján pedig letölthető formátumban közzéteszi.

Az ellátás jogalapjával, a térítési kötelezettséggel összefüggő adminisztráció általában a FIBO feladata, azonban minden olyan szervezeti egységben is történik, ahol a beteg közvetlenül bejelentkezhet (pl. Képpalkotó Diagnosztika, SBO).

5.2 Térítési kategóriák:

5.2.1 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).

5.2.2 A és D térítési kategória: befogadott külföldi állampolgár és menedékes státuszt kérelmező külföldi ellátása:

A bevándoroltak, letelepedési engedéllyel rendelkezők (letelepedettek), menekülteként elismertek, oltalmazottak, hontalanok, valamint olyan külföldiek (állampolgárságtól függetlenül), akik a lakóhelyüket Magyarországra helyezték át, az Országos Idegenrendészeti Főigazgatóság által kiállított igazolvánnyal kötelesek a biztosított mivoltukat igazolni, amellyel igénybe vehetnek 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 az Országos Idegenrendészeti Főigazgatóság által kiállított igazolvány számát kell beírni.

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

Amennyiben az elismerését kérő és menedékes nem áll társadalombiztosítási jogviszonyban és szociálisan rászorult, meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra térítésmentesen jogosult. A térítésmentes szolgáltatások körébe az alábbi egészségügyi szolgáltatások tartoznak:

- Sürgős szükség esetén igénybe vett járóbeteg-szakellátás (vizsgálat, gyógykezelés, valamint gyógyszer és kötszer költsége). A szakellátást a területi ellátási kötelezettséggel működő egészségügyi szolgáltatónál lehet igénybe venni.
- Sürgős szükség esetén igénybe vett fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás (gyógykezelés, műtéti beavatkozás, gyógyszer, kötszer költsége stb.).
- A járóbeteg-szakellátást vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést követően a betegségből való gyógyulásig, illetve állapota stabilizálódásáig szükséges vizsgálatok és gyógykezelés.
- Betegszállításra, ha egészségügyi állapota miatt a szállítás másként nem oldható meg.
- Terhes gondozás és szülészeti ellátás (továbbá meghatározott esetekben a terhesség megszakítását célzó beavatkozás).

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

5.2.3 „E” térítési kategória: Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, ill. közösségi szabály alapján történő ellátás:

Az Európai Gazdasági Térség (EGT) tagállamaiban, valamint Svájcban lakó, és ott egészségbiztosítással rendelkező személyek (EGT állampolgárok, az EGT tagállamok



állampolgáraival azonos jogállást élvező harmadik állam állampolgárai) magyarországi tartózkodásuk során, **Európai Egészségbiztosítási Kártya vagy Kártyahelyettesítő Nyomtatvány bemutatása esetén, a magyar biztosítottakkal azonos feltételek mellett vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat az orvosilag szükséges mértékben.** (Részletesen lásd: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/nemzetkozi_ugyek)

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

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

Az EGT, illetve svájci biztosított Magyarországon született gyermeke részére a szükséges ellátások a szülést követő 3. hónapig az anya Európai Egészségbiztosítási Kártyája alapján nyújtandók, az ellátásokat a Kártya adataival kell jelenteni.

A biztosítási okmány adataival az „E” adatlap kitöltése kötelező. Ha az Európai Gazdasági Térség tagállamaiból érkező betegek az Európai Egészségbiztosítási Kártyát, vagy a Kártyahelyettesítő Nyomtatványt az ellátás megkezdése előtt nem tudják bemutatni, térítés ellenében vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat (4-es térítési kategória). Ha a beteg térítési díjat fizetett, de az ellátás megkezdése idején már érvényes biztosítást igazoló okmányt a távozást követő második hónap 3. napjáig bemutatja a kezelés helyén, vagy a FIBO-nál, a megfizetett ellátási díjat visszakapja.

Az EU-s biztosítással rendelkező beteg személyazonosságát útlevelel, esetleg személyi igazolványával igazolja, melynek számát a „Személyazonosító jel” (TAJ) helyére kell írni.

Az EGT tagállamaiban, illetve Svájcban egészségbiztosítással rendelkező állampolgárok S2 vagy E112 nyomtatvány birtokában jogosultak egészségügyi szolgáltatást az orvosilag szükséges mértéken túl, tervezetten is igénybe venni ugyanolyan feltételek mellett, mint a magyar biztosítottak. A nyomtatványt az EGT minden tagállama saját hivatalos nyelvén állítja ki. Ebben az esetben a teljesítményjelentésre szolgáló E-adatlap ezen nyomtatványok adataival töltendő ki.

5.2.4 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 útlevelel igazolják, melynek számát a „Személyazonosító jel” (TAJ) helyére fel kell írni.

Ukrán, macedón, koszovói állampolgárok ideiglenes magyarországi tartózkodásuk tartamára sürgősségi ellátás igénybevételére jogosultak érvényes útlevelel birtokában. (Térítési kategória: 3.)



Angola, Kuvait, Mongólia, Jordánia, Irak és a Koreai Népi Demokratikus Köztársaság állampolgárai szintén érvényes útlevelükkel orvosi ellátáshoz juthatnak heveny megbetegedés vagy halaszthatatlan orvosi beavatkozást igénylő esetben. (Térítési kategória: 3.)

Ezen országokból érkező betegek érvényes útlevél hiányában történő ellátása, illetve a sürgős szükség mértékén túli ellátása térítésköteles (4-es térítési kategória).

A bosnyák, montenegrói és szerbiai állampolgárok a fentiekől némileg eltérő feltételekkel juthatnak egészségügyi ellátáshoz ideiglenes magyarországi tartózkodásuk időtartama alatt. Ezen állampolgároknak pusztán az útlevelük alapján ellátás térítésmentesen nem adható. A szükséges dokumentációt és a térítési kategória besorolását az alábbi táblázat tartalmazza:

Igénybe vehető ellátás	Állampolgárság, jogosultságot igazoló nyomtatvány			Térítési kat.
	bosnyák	montenegrói	szerb	
Sürgősségi	BH/HU 111	CG/HU 111	SRB/HUN 111	E
Teljes körű	BH/HU 112	CG/HU 112	SRB/HUN 112	E

Amennyiben a táblázatban szereplő állampolgár nem tudja a megfelelő érvényes irattal igazolni biztosított jogviszonyát, fizetnie kell az elvégzett szolgáltatásokért sürgősségi esetben is (4. térítési kategória). (Részletesen lásd http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/nemzetkozi_ugyek/tajekoztato_a_magyar_egesezesegbiztositas_szolg)

5.2.5 9-es térítési kategória: Külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása

Az egészségügyi ellátás támogatása kizárólag Ukrajnában élő, és ott lakóhellyel rendelkező, magát magyar nemzetiségűnek valló személyek esetében alkalmazható, az 59/2007.EüM rendelet 2-4 & alapján.

5.2.6 „T” térítési kategória: Határon átnyúló ellátások a 211/24/EU Irányelv alapján

Az EGT tagállamaiban biztosított beteg olyan dokumentummal vehet igénybe határon átnyúló egészségügyi ellátást, amellyel tagállambeli állampolgárságát (személyazonosságot, lakcímet igazoló okmánnyal) és egészségügyi ellátásra való jogosultságát bizonyítja (EU kártyával vagy EGT tagállamban kiállított egészségbiztosítási kártyával).

A határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében fokozottan érvényesül az „egyenlő elbánás elve”, azaz a külföldről érkező személyek azonos elbírálás alá esnek a magyar egészségügyi ellátásra jogosult személlyel (pl. beutalót csak a beutaló köteles szakrendeléseken kell bemutatnia, vagy azon ellátásoknál, ahol várólista szerinti besorolás van, ez a külföldi biztosítottakra is érvényes stb.)

Az ellátás költségeit a külföldi beteg fizeti meg, és a bevétel a Kórház saját bevételét képezi. A térítési díj összegének azonosnak kell lennie azzal az összeggel, amit a NEAK hazai beteg ellátására állapít meg.

5.2.7 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.) A fizetendő díjat jelen szabályzat és mellékletei határozzák meg.

5.3 Beteg biztosítási jogosultságának igazolása:

A biztosított térítésmentesen jogosult igénybe venni a NEAK által térített egészségügyi szolgáltatásokat.

A felvételkor a beteg kötelessége az ellátásra való jogosultságát igazolni a regisztrációt végző munkahelyeken. A biztosítási jogviszony ellenőrzéséhez a beteg a TAJ kártyáját, illetve Európai Egészségbiztosítási Kártyáját, esetleg egyéb (fentebb részletezett) jogosultságot igazoló nyomtatványt, 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 betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személynek ellenőriznie kell, hogy a beteg szerepel-e az egészségbiztosítónál vezetett nyilvántartásban. A jogviszony ellenőrzésnél a következő jelzéseket adhatja a rendszer (http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/jogosultsag_az_ellatasra/ellatasra_jogosultsag_igazolasa/jogviszony_rendezeesi_eljaras):

- Zöld: TAJ érvényes, jogviszonya rendezett – térítési díjat nem kell fizetni (1-es térítési kategória),
- Piros: TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen – térítési díjat nem kell fizetni, de a rendezetlen jogviszonyról tájékoztatni kell az érintettet a NEAK honlapjáról letöltött ÉRTESÍTÉS formájában, mely nem része a betegdokumentációnak (1-es térítési kategória),
- Kék: külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen – magyar állampolgárságú, külföldön munkavállaló beteg – közfinanszírozott egészségügyi ellátást TAJ-ra nem vehet igénybe. Külföldi Biztosító által kiadott Európai Egészségbiztosítási Kártyára, vagy azt helyettesítő formanyomtatványra orvosilag szükséges ellátás nyújtható térítésmentesen, az ezen túli ellátás díját előre köteles megfizetni (E vagy 4-es térítési kategória).
- Barna: TAJ egyéb okból/NAV járuléktartozás miatt érvénytelen – ellátása térítés köteles (4-es térítési kategória).
- Sárga: korlátozott jogosultságot jelent, a TAJ érvényes, önkéntes megállapodás alapján, teljes körű ellátásra jogosult személy, ide nem értve, a transzplantációs ellátásokat, a külföldi gyógykezelést, illetve a sürgősségi fogászati ellátáson kívüli, térítésmentesen igénybe vehető fogászati ellátásokat.

Sürgős szükség, illetve veszélyeztető állapot fennállása, vagy gyanúja esetén az ellátást a biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül, térítési kategóriától függetlenül nyújtani kell, az egészségügyi szolgáltatásért utólagos díjfizetést kell előírni, ha térítésköteles az ellátás. Ez esetben a biztosítási jogviszony tisztázására, a térítési kategória megállapítására és a nyilatkozatok aláírására a beteg állapotának javulásakor vagy intézkedésre jogosult személy jelenlétekor van lehetőség.



Ha a magyar állampolgárságú beteg a biztosítási jogviszonyát nem tudja igazolni, személyes adatainak pontos feltüntetése mellett nyilatkozhat, hogy ő biztosított, és az ellátást követő 15 napon belül bemutatja a TAJ kártyáját az őt ellátó egységben betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személynek. Az F-092 TAJ szám kiadhatósági nyilatkozat / kötelezvény aláírásakor a beteg tudomásul veszi, hogy ha a bemutatást elmulasztja, a kórház a finanszírozónál (NEAK) kezdeményezni fogja TAJ számának rendelkezésére bocsátását, és hogy biztosítási igazolás hiányában az ellátás költségét megtéríti. A TAJ kártya bemutatásáig az 1-es térítési kategóriát meg kell előlegezni, a bemutatást követően a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személy feladata az adatok ellenőrzése és szükséges módosítása.

Ha a beteg a TAJ kártyát 15 napon belül nem mutatta be, személyes adatait és az aláírt nyilatkozatot az érintett betegellátó egység adminisztrátor munkatársa megküldi a FIBO-nak. Ez utóbbi kezdeményezi a finanszírozónál (NEAK) a beteg TAJ számának rendelkezésre bocsátását. A NEAK a nyilatkozat és a személyi adatok alapján kérésre megadja a TAJ számot a rendszerében nyilvántartott biztosítottak esetén. A TAJ szám megadása után az adatokat a FIBO módosítja, és lejelenti a hozzá tartozó teljesítményt.

Amennyiben nem sikerült utólag beszerezni a TAJ számot, vagy nem áll fenn biztosított jogviszony, az igénybe vett ellátás térítésköteles.

Annak a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személynek, aki felvette a beteget, kötelessége kitölteni olvashatóan az egyes eljárásrendekhez tartozó formanyomtatványokat. Fontos az összes szükséges adatot, így a külföldi lakcímet és a magyarországi tartózkodási helyet is pontosan rögzíteni. Az adatokat rögzítő munkatárs lássa el aláírásával az általa kitöltött nyomtatványokat.

Ha a beteg térítési díjat fizetett, de az ellátás megkezdése idején már érvényes biztosítást igazoló okmányt a távozást követő második hónap 3. napjáig bemutatja a kezelés helyén, vagy a FIBO-nál, a megfizetett ellátási díjat visszakapja. A FIBO javítja az adatokat, a térítési kategóriát, és kitölti az „E” adatlapot, valamint értesíti a Pénzügyi Osztályt a bemutatott okmányról. A Pénzügyi Osztály ez alapján az ellátás költségét visszatéríti.

5.4 Betegellátás térítési díjainak mértéke, kiszámítása (4-es térítési kategória):

5.4.1 Általános rendelkezések

4-es térítési kategóriába eső – biztosítási jogosultságot igazolni nem tudó, vagy a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő – betegek ellátásának térítési díja:

A beteget az ellátás megkezdése előtt a kezelőorvos tájékoztatja annak várható költségéről.

A térítési díj kiszámítása mind a járó-, mind a fekvőbeteg ellátásban nyújtott szolgáltatásokért a teljesítmény szerinti finanszírozási rendszerre épül. A biztosított betegek esetén készíthető „Elszámolási nyilatkozat” a fizetendő térítési díj megállapításához 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, krónikus, illetve a rehabilitációs osztályon történő ellátást külön-külön kell megtéríteni.

Több járóbeteg ellátás igénybevétele esetén minden ellátás térítési díját külön-külön kell felszámítani. Kivétel: Sürgős Betegellátó Osztály (továbbiakban SBO) által kért



diagnosztikai (pl. képkotó) vizsgálatok, melyeknek térítési díja összesítve, az SBO által kerül kiszámításra.

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

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

Az egynapos sebészeti, illetve a kúraszerű szolgáltatás térítési díját akár ambuláns-, akár fekvő ellátás keretében történik, az aktív fekvőbeteg ellátásra vonatkozó szabályok szerint kell kiszámítani.

5.4.2 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” listát, a hozzá tartozó 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, azon HBCs szerint, mely az osztályos besorolások közül a legnagyobb súlyszámú.

Az ellátásra biztosítottként, illetve nemzetközi egyezmény alapján sem jogosultak által igénybe vett ellátások esetén teljes intézeti térítési díj fizetendő. A teljes intézeti térítési díj aktív fekvőbeteg szakellátás esetén:

- A HBCs-hez rendelt mindenkori súlyszám érték * egy súlyszám érvényben lévő Ft értéke (országos alapidja) * intézeti fekvőbeteg szorzószám + ápolási napok száma * intézeti napi ellátási díj Ft értéke.

Egy súlyszám érvényben lévő Ft értéke (országos alapidja) a NEAK által kiadott előre meghatározott alapidj NEAK közleményben közzé téve.

Az intézeti fekvőbeteg szorzószám és napi ellátási díjak a 6.2 számú mellékletben szerepelnek.

Az ellátás díja a következő esetekben megegyezik a NEAK által térített díjjal – vagyis az intézeti szorzószám és napi ellátási díj nem alkalmazható:

- szülés és 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).
- nem biztosított, de magyarországi lakcímmel (lakcímkártyával) rendelkező magyar állampolgár
- határon átnyúló ellátások (T térítési kategória).

Kísérő személy felvétele esetén napi ellátási díjat számolunk fel, mely a mindenkori krónikus ágy napi díja, az esetlegesen igényelt étkezés napi díjával kiegészítve. (6.2 számú melléklet).



b, A krónikus és rehabilitációs osztályokon a teljesített ápolási napokra napi ellátási díj fizetendő a szakmai szorzóval és az intézeti fekvőbeteg szorzószámmal korrigálva:

- Rehabilitáció: ápolási napok száma * aktuális krónikus napi ellátási díj forintérték (alapdíj) * érvényben lévő szakmai szorzó * intézeti fekvőbeteg szorzószám
- Pszichiátria rehabilitáció: ápolási napok száma * aktuális krónikus napi ellátási díj forintérték (alapdíj) * érvényben lévő szakmai szorzó * intézeti fekvőbeteg szorzószám
- Krónikus osztályok: ápolási napok száma * aktuális krónikus napi ellátási díj forintérték (alapdíj) * érvényben lévő szakmai szorzó * intézeti fekvőbeteg szorzószám

Az aktuális krónikus napi ellátási díj forint értéke a NEAK által kiadott előre meghatározott alapdíj NEAK közleményben közzé téve. Az érvényben lévő szakmai szorzókat a 43/1999 Korm. rendelet 8. számú melléklete tartalmazza.

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

A járóbeteg szakellátáson és diagnosztikai munkahelyen egészségügyi szolgáltatást járóbetegeként igénybe vevő betegnek tételes elszámolás alapján kell térítési díjat fizetni. 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 F-196 Térítésköteles ellátásban részesülő járóbetegek kezelésének jegyzőkönyve formanyomtatvány, a kezelőorvos által hitelesítve. A nyomtatványon tételesen fel kell sorolni az elvégzett vizsgálatokat és beavatkozásokat kód, név és pontszám megjelölésével.

Az ellátásra biztosítottként, illetve nemzetközi egyezmény alapján sem jogosultak által igénybe vett ellátások esetén teljes térítési díj fizetendő.

A teljes térítési díj:

- a) Nem biztosított, de magyarországi lakcímmel (lakcímkártyával) rendelkező magyar állampolgár esetén, valamint határon átnyúló ellátásoknál (ez utóbbinál a T- térítési kategória alapján):
 - elvégzett járóbeteg vizsgálat pontszáma * országos járó pontforint érték, vagyis a NEAK által fizetett finanszírozási díj.
- b) Nem biztosított, magyarországi lakcímmel (lakcímkártyával) nem rendelkező magyar állampolgár, illetve nem magyar állampolgár esetén:
 - elvégzett járóbeteg vizsgálat pontszáma * országos járó pontforint érték * intézeti járóbeteg szorzószám.

Az intézeti járóbeteg szorzószámot a 6.2 számú melléklet tartalmazza (az SBO-n ellátott térítéses járó betegek esetén is alkalmazandó).

Az országos járó pontforint érték a NEAK által kiadott közleményben van közzé téve.

Amennyiben az egészségügyi szolgáltatási járulék fizetésére kötelezett személy fizetési kötelezettségének nem tesz eleget, és az ebből keletkező hátralék összege meghaladja az



egészségügyi szolgáltatási járulék havi összegének hatszorosát, az egészségügyi szolgáltatás térítésmentesen nem vehető igénybe (Tbj. 46. § (2) bekezdés). Sürgősségi ellátások esetén a 28/2020 (VIII. 19.) EMMI rendelet 2 § (2) bekezdése alapján a térítési díj összege e személyek esetében a NEAK által fizetett finanszírozási díjjal megegyező összeg, de legfeljebb ellátási esetenként hétszázötvenezer forint.

A közreműködő diagnosztikai szolgáltató (labor) által végzett diagnosztikai vizsgálatokat a közreműködőnél kell fizetni az általa meghatározott díjon.

5.5 Fizetési kötelezettség érvényesítésének eljárásrendjei a beteg térítési kötelezettségének fennállása esetén:

5.5.1 **Tervezett járóbeteg** ellátás esetén a beteg felvételét megelőzően, és megfelelő tájékoztatása után az őt ellátó szervezeti egységben a legnagyobb gondossággal ki kell tölteni az F-196 formanyomtatványt. A formanyomtatványt a betegadatokat, pontos diagnózist és a kezelést/vizsgálat/beavatkozás megnevezésével, BNO kódjával, pontértékével együtt olvashatóan kitöltve a FIBO-hoz tartozó Betegfelvételi iroda illetékes munkatársának át kell adni, ahol a pontértékek alapján a befizetendő összeg kiszámolásra kerül. A beteg a kiszámolt összeget a pénztárba befizeti (készpénz vagy hitelkártya), és **csak azután kerülhet felvételre, ha a befizetést igazoló számlát bemutatja**. A kitöltött formanyomtatvány egy fénymásolata a beteget illeti, egy pedig a Pénzügyi Osztályra kerül.

Amennyiben a beteg a pénztár nyitvatartási idején kívüli időszakban érkezik, a térítési díjat a betegfelvételi irodában fizeti ki (természetesen számla ellenében), amennyiben a pontos készpénzösszeg rendelkezésére áll. Ennek hiányában a beteg az F-365/F-361 Kötelezvény/Obligation aláírásával ismeri el tartozását a Kórház felé.

5.5.2 **Sürgősségi betegellátás** esetében az eljárás a fentiekhez hasonló, **amennyiben a beteg állapota lehetővé teszi**, vagyis: ki kell tölteni az F-196 nyomtatványt, melynek alapján a térítési díj kiszámolásra kerül az SBO-n (a 0-24 órás szolgálat miatt). Amennyiben a kórházi pénztár nyitvatartási idején belül jelentkezik a beteg, a térítési díjat befizeti, amelyről számlát kap, valamint egy példányt az F-196-os nyomtatványból. Ellátása a térítési díj befizetése után kezdődhet meg. Ha a térítési díjat nem tudja helyben rendezni, vagy a pénztár már zárva van, kitöltésre és aláírásra kerül az F-365/F361 Kötelezvény/Obligation, amelyben a beteg a későbbiekben vállalja a térítési díj megfizetését (egy példány a betegé). Egy-egy példányt a fenti nyomtatványokból le kell adni a FIBO-ra, valamint a Pénzügyi osztályra, ahol – ha szükséges – további intézkedésekre kerül sor.

Sürgős szükség esetén az ellátást haladéktalanul meg kell kezdeni, a biztosítotti jogviszony ellenőrzésére, esetleges térítési díjra vonatkozó fenti eljárásra a beteg állapotának javulásakor kell sort keríteni.

5.5.3 Külföldi és nem biztosított magyar állampolgár tervezett **aktív és krónikus fekvőbeteg** ellátó egységbe való felvételét kizárólag a Kórház főigazgatója engedélyezheti (F-364 nyomtatvány).

Aktív fekvőbeteg ellátás esetén törekedni kell arra, hogy a szolgáltatásért előzetesen fizetendő díj összege megegyezzen a várható térítési díj mértékével. A várható térítési díj mértékét az ellátás tervezett szakmai tartalmára és időtartamára vonatkozó, valamint a beteg által igénybe venni kívánt többlettartalomra, emelt szintre vonatkozó szándék figyelembevételével a FIBO állapítja meg az érintett betegellátó egység által kitöltött és hozzájuk eljuttatott F-359 Ideiglenes elszámoló lap formanyomtatvány alapján. **Ezt a**



díjelőleget a beteg a lehető legkorábbi időpontban a kórház pénztárába előlegszámla ellenében befizeti készpénzzel vagy bankkártyával, amiből egy fénymásolt példány az osztályon marad a betegdokumentációban. **A kapott előlegről kibocsátott számlában annak a szolgáltatásnyújtásnak az adatait kell szerepeltetni, amelynek az ellenértékébe az előleg beszámítható.**

Az ellátást követően a FIBO meghatározza a beteg által még fizetendő, vagy neki visszajáró összeget a végösszeg és az előzetesen megfizetett díj különbségeként.

A távozás előtt a beteg a díjfizetési különbözet rendezésével véglegesen elszámol a Kórházzal. A benntartózkodás ideje alatti tényleges költségekről az orvosi dokumentáció alapján a FIBO kitölti az F-360 Végleges elszámoló lap formanyomtatványt három példányban. Egy példányt a finanszírozási csoport a kórlaphoz csatol, **egy példányt a beteg átad a pénztárba és ott befizeti a különbözetet készpénzzel, vagy bankkártyával, amiről végszámlát kap**, egy példány pedig a beteget illeti. A pénzügyi osztály által elkészített végszámla átutalással is befizethető. A beteg a pénztári befizetési bizonylattal, vagy átutalás esetén a terhelési értesítővel igazolja az őt elbocsátó orvosnak és a betegfelvételnek a végleges elszámolást, majd megkapja záró dokumentumait, és megtörténik a Kórházból való elbocsátása.

Ha a térítési díj fizetésére kötelezett beteg úgy kíván távozni a kórházból, hogy a költségeket még nem fizette ki, az F-365/F-361 Kötelezvény/Obligation aláírására kell kérni, amelyben elismeri a gyógykezelésével kapcsolatos tartozását. Ha a beteg Kötelezvény aláírása nélkül, önkényesen távozik, a kezelő személyzet tagjai jegyzőkönyvet vesznek fel a történekről, amit megküldenek a FIBO és a gazdasági igazgató számára is. Ezek után a pénzügyi osztály megkezdí a térítési díj beszedését: számla kiállítása, megküldése a beteg nevére és címére, pénzügyi teljesítés elmaradása esetén fizetési felszólítások küldése, végső esetben fizetési meghagyás, végrehajtás indítása.

Krónikus és rehabilitációs fekvőbeteg elhelyezéshez kapcsolódó térítési díj esetén a felvétel napján a felvevő osztályon megtörténik az Ideiglenes elszámoló lap kitöltése és aláírása (F-359), és ezt követően 30 napos ellátási díj megfizetése történik az intézmény pénztárában kiállított számla ellenében. Amennyiben 30 napnál hosszabb az ellátás ideje, a beteg újabb 30 napos ellátási díjat fizet a fenti módon. A távozás előtt az F-360 Végleges elszámoló lap formanyomtatványt kell kitölteni és az azon feltüntetett különbözetet kell rendezni a házipénztárban.

5.6 Más egészségügyi intézmény által igényelt szolgáltatások térítési díjai, eljárási rendje:

A NEAK-kal szerződéses viszonyban álló fekvőbeteg-ellátó intézmény fekvőbetegei részére nyújtott járóbeteg-szakellátás költségei az intézmények között a hatályos finanszírozási tételek szerint számolandók el (volumenkorlátra, degresszióra vonatkozó rendelkezések figyelmen kívül hagyásával).

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.



- 5.7 Biztosított számára is csak térítés ellenében nyújtható egészségügyi 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 Kórházunkban igénybe vehető szolgáltatások a 6.3 számú melléklet szerint részletezettek. 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 ellátásnál,*
 - *nem egészségügyi okból végzett meddővé tételnél.*
- A térítési díjat a beavatkozás elvégzése előtt kell befizetni átutalással vagy készpénzzel/bankkártyával a pénztárban.

5.8 Kiegészítő és részleges térítési díjak

5.8.1 Osteodenzitometriai vizsgálatok:

Részleges (csukló, alkar) osteodenzitometriai vizsgálat, valamint a törzscsontokon végzett társadalombiztosítás terhére elszámolható mennyiséget meghaladó csontsűrűség mérés is térítésköteles. (lásd a 9/1993. (IV.2.) NM rendelet 2. számú mellékletébe foglalt járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló aktuális Szabálykönyv rendelkezéseit). Térítési díját a 6.4 melléklet tartalmazza.

5.8.2 Tartós ápolási szolgáltatás Krónikus Belgyógyászaton /Ápolási osztályon:

Kórházunkban lehetőség van biztosítási jogviszonnyal rendelkező, tartós ápolásra szoruló betegek átmeneti (max. 3x1 hónap) elhelyezésére a beteg vagy hozzátartozója kérésére. A szolgáltatást azon betegeknek ajánljuk, akik szakápolásra szorulnak és ez otthonukban nem megoldható, illetve azon tartós ápolást igénylő betegeknek, akiknek szociális otthoni elhelyezésük még folyamatban van.

Az Ebtv. 23/A & c) pontja alapján a Krónikus Belgyógyászaton orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén a biztosított beteg kiegészítő térítési díjat fizet, amely a 284/1997 (XII.23.) Korm. rendelet 1. számú mellékletének 5. pontja szerint az ápolás 1. napjától 800 Ft/nap (6.3 melléklet).

Kórházunk az Ápolási osztályon történő ellátást a biztosított betegeknek a 60/2003 (X.20.) ESZCSM rendelet szerinti minimumfeltételeket meghaladva, emelt komfortfokozattal biztosítja. A szolgáltatás kiegészítő térítési díj ellenében vehető igénybe, mely a 284/1997 (XII. 23.) Korm. rendeletben meghatározott térítési díjnál magasabb összeg. Az ellátottak elhelyezése egy-, két-, vagy négyágyas, külön fürdőszobával ellátott kórtermekben lehetséges, igénybe vehető lelki gondozás, gyógymasször, gyógytornász, fizioterapeuta. A kórtermekben internet hozzáférés biztosított. Az egyes térítési díjakat a 6.4 melléklet tartalmazza.

Az ellátás megkezdéséhez szükséges kitölteni az F-661 formanyomtatványt (Előjegyzési/felvételi kérelem), mely Kórházunk honlapján a Betegtájékoztató/Térítési díjszabályzat menüpont alatt megtalálható, letölthető. Emelt komfortfokozatú ellátás esetén ezután történik az az F-090-es számú Nyilatkozat kitöltése, amiben a nyilatkozó tudomásul veszi, hogy a szolgáltatás csak kiegészítő térítési díj befizetése ellenében vehető igénybe, majd az Ellátási megállapodás (F-519 vagy F-192) megkötése az ellátott/hozzátartozó és Kórházunk között.

A beteg ápolási szolgáltatása megkezdésének feltétele egyhavi térítési díjának a kórházi pénztárba való készpénzes/bankkártyás befizetése, melyről a befizető két példányban



pénztári bevételi bizonylatot kap. Az egyik példány a befizetőé a másikat leadja az Ápolási osztályon/Krónikus Belgyógyászat (a bizonylat a továbbiakban a beteg dokumentációjának része).

Amennyiben a beteg/hozzátartozó 1 hónap elteltével meg kívánja hosszabbítani osztályos tartózkodását, úgy a következő havi díjat is előre rendeznie kell. Ha időközben a beteg szociális otthoni elhelyezést nyer, esetleg aktív osztályra kerül, vagy elhalálozik a befizetett többletösszeget a Kórház visszafizeti a beteg, illetve halála esetén a jogos örököse részére (F-413 nyomtatvány).

5.8.3 Emelt komfort fokozatú kórterem igénybevétele:

Kórházunkban a sebészeti, traumatológiai, neurológiai osztályokon igénybe vehető emelt komfortfokozatú (VIP) kórtermi (egy, illetve két ágyas) elhelyezés, amely díjfizetési kötelezettséggel jár (6.4 melléklet). Ezekben a kórtermekben önálló vizesblokk, hűtő, klímaberendezés, TV áll a beteg rendelkezésére.

A betegnek az emelt komfort fokozatú kórteremben történő elhelyezést felvételkor igényelni kell az F-675 Nyilatkozat térítéses szoba igénybevételéről formanyomtatványon

Az osztály az igényt nyilvántartásba veszi és kórházi tartózkodásának ideje alatt a beteg egészségügyi dokumentációjában megőrzi. A beteg távozásakor a kórházi osztály kitölti az igazolást (F-684 Lejelentő lap tényleges ápolási napok számáról formanyomtatvány), és azt - a számla kiállítása céljából - haladéktalanul, és úgy küldi meg a Pénzügyi és Számvetési Osztálynak, hogy a térítési díjat a beteg kórházból való távozásakor meg tudja fizetni. A továbbiakban ezt a nyomtatványt a Pénzügyi és Számvetési Osztályon kell megőrizni.

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

Az emelt komfortfokozatú kórtermek díját a fizető („4” és „T” térítési kategóriájú) betegeknek az ellátási díjon felül meg kell téríteni.

A kiegészítő (kényelmi és egyéb) szolgáltatások nyújtása korlátozható vagy elutasítható amennyiben a betegellátás tekintetében rendkívüli helyzet áll elő (pl. járvány).

5.9 Halott ellátással kapcsolatos költségek:

Kórházunk elhunyt beteg esetén halott hűtési díjat számít fel, mely az elhunyt személy eltemettetésére kötelezett személyt terheli. A díj térítési kategóriától független (6.5 melléklet). A halott hűtés térítési díját a halott vizsgálati bizonyítvány kiállítását követő 1. munkanaptól kell felszámítani. Az eljárásrend a következő:

- a) A patológiai osztályon a temetésre kötelezettel a boncmester aláírhatja a hűtési díj kiszámlázásnak tudomásul vételét bizonyító nyomtatványt (F-370 Tájékoztató a hűtési díjak leszámlázásáról) három példányban.
- b) A halott elszállításakor a patológiai osztály felküldi a pénzügyi osztályra a hűtési díj kiszámlázásának alapjául szolgáló dokumentumot (F-369 A hűtési díjak számítása formanyomtatvány).

A Pénzügyi osztály kiállítja a számlát az érintettnek, és megtörténik a befizetés a kórház pénztárában annak nyitvatartási idejében.

Amennyiben az elhunyt betegnek nem jelentkezik eltemettetésre kötelezett hozzátartozója, a Patológia értesíti a kórházi szociális nővért, aki 8 munkanap után



kezdeményezi a főigazgatói titkárságon a köztemetéssel kapcsolatos eljárást. Ennek megfelelően a főigazgatói titkárság elektronikus levélben (e-mail) és ügyfélkapun keresztül kiértésíti az elhalálozás helye szerinti települési önkormányzatot, mely a továbbiakban a köztemetésről intézkedik: A kiértésítés napjától az elszállítási díj a halott tárolásának és hűtésének térítési díja az illetékes települési önkormányzatot terheli.

5.10 Adatszolgáltatás és dokumentáció másolásának térítése:

Az egészségügyi ellátással kapcsolatos adatszolgáltatás (kórdokumentáció) és (képi) dokumentáció térítési díjait a 6.6 sz. melléklet tartalmazza.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 24. §-a alapján, az (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet (általános adatvédelmi rendelet), és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eüak.) rendelkezései szerint szükséges megkülönböztetni az első másolati példányt és minden ezen felül átadott, további másolati példányokat. Fenti jogszabályok értelmében a betegnek átadott személyes adatokat tartalmazó első másolati példányt ingyenesen kell az érintett rendelkezésére bocsátani, az ezen felüli minden további másolatáért díjat kell fizetni.

A dokumentáció kikérésének menete: személyesen a beteg, vagy indokolt esetben a beteg meghatalmazottja, törvényes képviselője, meghatározott esetekben egyenesági hozzátartozója, vagy a beteg elhalálozása esetén örököse kérhet ki írásos és képi dokumentációt. Ehhez szükséges kitölteni az F-368 számú formanyomtatványt, amelyet kórházunk betegfelvételi irodájába kell eljuttatni. Amennyiben a kérelmező személy jogosult a másolatkérésre – és az térítésköteles - a kiválasztott kórdokumentáció kikérésének és másolásának költségeit készpénzben/bankkártyás befizetéssel a kórházi pénztárban vagy a megadott számlaszámra való átutalással, számla ellenében kifizeti.

A térítési díj rendezése után a másolatokat a beteg, vagy meghatalmazottja személyesen veheti át - előre egyeztetett időpontban - a FIBO szakrendelői Betegfelvételi irodájában.

5.11 Parkolási díjak:

Az intézet területén a látogatóknak lehetőségük van kijelölt területen parkolni, mely nem díjköteles.

5.12 Térítési díj mérséklése, fizetési haladék és részletfizetés:

A beteg írásban benyújtott kérelmére a megállapított fizetendő térítési díjat szakmai, szakmapolitikai, megyei és regionális egészségpolitikai okokból, intézeti érdekből, valamint méltányosságból **a főigazgató** mérsékelheti, részben vagy teljes egészében elengedheti, illetve részletfizetési kedvezményt bírálhat el.

A Kórházzal munkavégzésre irányuló szerződésben álló személy, vagy annak közeli hozzátartozója kérésére, a jogosultság igazolása esetén a részére a kötelező egészségbiztosítás keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatáshoz kapcsolódó részleges, kiegészítő térítési díjból 50% (VIP szoba igénybevétele esetében 70%) kedvezményben részesülhet.

Ugyancsak kérvényezni lehet kórházi dolgozó elhunyt közeli hozzátartozója halott tárolási és hűtési díjának mérséklését illetve elengedését. (Hozzátartozónak minősül a házastárs, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és a testvér házastársa, az élettárs, az egyeneságbeli rokon, az egyeneságbeli rokon házastársa, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér.)



A főigazgató írásos kérelem esetén engedélyezheti a térítési díj legfeljebb három részletben, legfeljebb három hónap alatti megtérítését.

A térítési díj mérséklésének, részletekben fizetésének engedélyezéséről az adott betegellátó osztályt és a Pénzügyi és Számviteli Osztályt írásban értesíteni kell.

5.13 Pénzügyi elszámolás általános rendje:

A beteg (illetve a nevében eljáró személy) a térítési díjakat a Kórház házipénztárában készpénzes vagy bankkártyás befizetéssel, amennyiben a házipénztár zárva van, és a pontos összeg rendelkezésre áll a betegfelvételi irodában készpénzes fizetéssel számla ellenében, vagy a Kórház MÁK 10023002-00324481-00000000 számú számlájára átutalással teljesítheti. Átutalás esetén megjegyzésben a beteg nevét, TAJ szám/külföldi beteg esetén azonosító okmányszám és a részére kiállított számla számát kell feltüntetni.

A befizetés főmunkaidőben (munkanapokon hétfőtől csütörtökig 9:00-12:30, pénteken 8:00-11:30), a pénztárban történik.

A díjfizetés általában teljes egészében a szolgáltatás igénybevételét megelőzően történik, kivéve ha

- a) a beteg állapota ezt nem teszi lehetővé (pl. sürgős szükség esetében előfordulhat),
- b) egy hónapot meghaladó, folyamatos ellátás (így ápolás) történik, amikor is minden tárgyhónapot megelőzően csak a tárgyhavi térítési díjat kell megfizetni,
- c) főigazgató által engedélyezett részletfizetés esete áll fenn.

Az ellátás befejezésekor a tényleges ápolási idő és betegellátás figyelembevételével a tényleges térítési díj és a felvételkor befizetett előzetesen becsült térítési díj különbözetéről távozáskor számlát kell kiállítani.

A nem biztosított beteg a különbözeti számla ellenértékét az utolsó ellátási napon köteles a pénztárba 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. Az ezzel kapcsolatos költségek (telefon, vagy postaköltség) a beteget terhelik. Ha a fizetési garancia a beteg távozásáig nem érkezik meg, az ellátás költségét a betegnek távozása előtt meg kell fizetnie.

Szolgáltatási díjak behajtása:

Amennyiben a szolgáltatást igénybe vevő az intézmény által nyújtott szolgáltatás ellenértékét nem téríti meg, a felmerült költség érvényesítéséről az intézmény fizetési felszólítást követően jogi úton gondoskodik.

5.14 Közzététel:

Gondoskodni kell arról, hogy jelen szabályzat tartalmát a Kórház valamennyi illetékes dolgozója megismerje, elektronikus formában a kórházi belső hálózaton (Intranet) elérhetővé kell tenni. Gondoskodni kell arról, hogy a betegek számára a FIBO betegfelvételi irodájában és a Pénztárban nyomtatott formában elérhető, valamint elektronikusan a Kórház honlapján is megtekinthető legyen.

6 Mellékletek:

- 6.1 Formanyomtatványok
- 6.2 Teljes térítési díjtételek



-
- 6.3 Biztosított beteg részére részleges, kiegészítő térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások díjai
 - 6.4 A kórház által meghatározott kiegészítő térítés mellett igénybe vehető szolgáltatások díjai
 - 6.5 A halottakkal kapcsolatos szolgáltatások díja
 - 6.6 Egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó adatszolgáltatások térítési díjai
 - 6.7 Eljárás leírás: térítésköteles tervezett (nem sürgősségi) járóbeteg ellátás
 - 6.8 Eljárás leírás: magyar biztosítással nem rendelkező beteg a Sürgős Betegellátó Osztályon

Hatálybalépés

A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló jelen szabályzat az irányítói jogkör gyakorlására kijelölt szervezet, az Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház Főigazgatójának jóváhagyását követő napon lép hatályba és hatályon kívül helyezéséig, vagy új szabályzat elfogadásáig marad hatályban.

A jelen szabályzatot a jogszabályi rendelkezések figyelembevételével kell alkalmazni.

**6.1 melléklet****Formanyomtatványok listája**

- F-092 TAJ-szám kiadhatósági nyilatkozat / kötelezvény
- F-196 Térítésköteles ellátásban részesülő járóbetegnek kezelésének jegyzőkönyve
- F-364 Külföldi/nem biztosított állampolgárok betegfelvételi jegyzőkönyve
- F-359 Ideiglenes elszámoló lap
- F-360 Végleges elszámoló lap
- F-365 Kötelezvény
- F-361 Obligation
- F-661 Előjegyzési / felvételi kérelem
- F-192 Ellátási megállapodás. Krónikus Belgyógyászat
- F-090 Nyilatkozat Ápolási osztályos elhelyezésről
- F-519- Ellátási megállapodás emelt komfortfokozatú ellátás igénybevételére
- F-413 Igazolás Ápolási osztályon töltött időről
- F-675 Nyilatkozat térítéses szoba igénybevételéről
- F-684 Lejelentő lap tényleges ápolási napok számáról (VIP betegszoba)
- F-370 Tájékoztató a hűtési díjak leszámolásáról
- F-369 A hűtési díjak számítása
- F-368 Kérelem egészségügyi dokumentációról történő másolat készítésére
- F-197 Véralkohol vizsgálathoz vérvétel végzése
- F-163 Vizsgálat kérése (F-197 melléklete)

**F-092 TAJ-SZÁM KIADHATÓSÁGI NYILATKOZAT/ KÖTELEZVÉNY**

Alulírott kijelentem, hogy a Váci Jávorszky Ödön Kórházba (egészségügyi ellátásomat végző intézmény) TAJ-kártya nélkül érkeztem. Ezért az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) ellátásom költségét nem fogja megtéríteni az egészségügyi intézménynek. Vállalom, hogy TAJ-kártyámat 15 napon belül bemutatom az engem ellátó szervezeti egység irodájában. Amennyiben ezt elmulasztanám, hozzájárulok, hogy a NEAK Adatvédelmi Főosztálya az egészségügyi intézmény kérésére TAJ-számomat kiadja.

Név:.....

Születési idő:.....

Anyja neve:.....

Lakcíme:.....

Tudomásul veszem, ha bebizonyosodik, hogy biztosított jogviszonyom érvénytelen, a kórházukban kapott egészségügyi ellátás ellenértékét a hatályos Térítési díj szabályzatuk alapján, számla ellenében megfizetem.

Vác, 20..... ellátott

I. tanú:

II. tanú:

Neve:

Neve:

Sz. ig. száma:

Sz. ig. száma:

Lakcíme:

Lakcíme:

Az egészségügyi intézmény címe:

Jávorszky Ödön Kórház, 2600 Vác, Argenti Döme tér 1-3

e-mail: finanszirozas@javorszky.hu



F-196 TÉRÍTÉSKÖTELES ELLÁTÁSBAN RÉSZESÜLŐ JÁRÓBETEGEK KEZELÉSÉNEK JEGYZŐKÖNYVE

A beteg neve:.....Tel:.....

Biztosítás országa / Állampolgársága:.....

Pontos lakcíme külföldön:.....

Magyarországon:.....

Azonosító okmány száma/típusa:.....

Ellátó szakrendelés:.....Diagnózis:.....

Tisztelt Betegünk!

A magyarországi biztosítással vagy államközi szerződéssel nem rendelkező betegek ellátásának költsége az érintett beteget, illetve annak biztosítóját terheli. A költség meghatározása a Váci Jávorszky Ödön Kórház érvényben lévő „Térítési díj szabályzatában” foglaltak alapján történik (megtekinthető a Betegfelvételi irodában, valamint Kórházunk honlapján).

Ennek megfelelően az Ön kezelésének várható költsége:HUF

A fentieket tudomásul vettem:

- a felajánlott kezelést elfogadom, az ellátásom során felmerülő költségek megfizetését vállalom
- az egészségügyi ellátást nem kívánom igénybe venni.

.....
ellátott aláírása

Beavatkozás	Kód	Pontérték	Szorzó	Ft érték
összesen				

Fizetendő összeg:.....HUF

Kelt: Vác,.....

.....
kitöltésért felelős aláírása

.....
orvos aláírása

A pénztár tölti ki!

A betegellátási díjat átvettem és a beteget a térítésköteles ellátásban részesülő járóbetegek nyilvántartásábaszám alatt bejegyeztem.

Kelt: Vác, 20.....

.....
ügyintéző pénztáros

.....
pénzügyi előadó



**F-364 KÜLFÖLDI/NEM BIZTOSÍTOTT
ÁLLAMPOLGÁROK BETEGFELVÉTELI JEGYZŐKÖNYVE**
(betegfelvételt megelőzően töltendő ki)

..... osztály törzsszám

Felvétel:.....év.....hó.....nap.....óra.....perc

Ellátás várható időtartama:.....ápolási nap

Beteg neve:.....

Leánykori név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye:.....ország.....település

Születési ideje:.....év.....hó.....nap

Biztosítás országa/állampolgársága:.....

Állandó lakcím:
.....ország.....megye.....város
.....út/utca.....házsám

Ideiglenes lakcím (Magyarországon):
.....

Okmányszám:.....Vízum szám:.....

Kiskorú esetén szülő/gondviselő név, okmányszám:
.....

Felvétel jellege: sürgős tervezett (megfelelő aláhúzendó)

Diagnózis:.....Műtét:.....

Tisztelt Betegünk!

A magyarországi biztosítással vagy államközi szerződéssel nem rendelkező betegek ellátásának költsége az érintett beteget, illetve annak biztosítóját terheli. A költség meghatározása a Váci Jávorszky Ödön Kórház érvényben lévő „Térítési díj szabályzatában” foglaltak alapján történik (megtekinthető a Betegfelvételi irodában, valamint Kórházunk honlapján).

Ennek megfelelően az Ön kezelésének várható költsége:HUF

A fentieket tudomásul vettem:

- a felajánlott kezelést elfogadom, az ellátásom során felmerülő költségek megfizetését vállalom
- az egészségügyi ellátást nem kívánom igénybe venni.

..... ellátott aláírása orvos aláírása PH

Igazgatóság tölti ki!

A beteg felvételét

- térítési kötelezettség mellett
- térítés nélkül engedélyezem.

Kelt: Vác, 20.....

.....
főigazgató főorvos



F-359 IDEIGLENES ELSZÁMOLÓ LAP

Pénzügyi osztály - Pénztár részére

A Váci Jávorszky Ödön Kórház..... fekvőbeteg
osztályán elvégzett vizsgálatokról.....év.....hó.....nap

Név:

Személyi ig. szám (útlevél szám):

Lakcím:

Biztosítás országa / Állampolgársága:

Ápolási napok várható száma / kórtermi elhelyezés:

	Normál krt.	1 ágyas VIP krt.	2 ágyas VIP krt.
Ápolási napok várható száma			

Betegségcsoport várható besorolása, kísérő betegségek:

.....
orvos aláírása PH

Költségkalkuláció (fekvőbeteg esetén finanszírozási osztály tölti ki)

A fenti szolgáltatást igénybe veszem, az érte fizetendő díj kiegyenlítését vállalom.

.....
beteg aláírása

Mindösszesen fizetendő:

.....
pénzügyi osztály



F-360 VÉGLEGES ELSZÁMOLÓ LAP

Pénzügyi osztály - Pénztár részére

A Váci Jávorszky Ödön Kórház.....fekvőbeteg osztályán
elvégzett vizsgálatokról.....év.....hó.....nap

Név:

Személyi ig. szám (útlevél szám):

Lakcím:

Biztosítás országa / Állampolgársága:

Ápolási napok száma / kórtermi elhelyezés:

	Normál krt.	1 ágyas VIP krt.	2 ágyas VIP krt.
Ápolási napok várható száma			

Betegségcsoport HBCS besorolása, adatlap alapján:

.....
orvos aláírása PH

Végleges költség (fekvőbeteg esetén finanszírozási osztály tölti ki!)

a már befizetett összeg beszámít

A fenti szolgáltatást igénybe vettem, az érte fizetendő díj kiegyenlítését vállalom.

.....
beteg aláírása

Mindösszesen fizetendő:

.....
pénzügyi osztály



F-365 KÖTELEZVÉNY

Alulírott..... Tel:.....
 Állampolgársága:.....
 Születési helye, ideje:.....
 Külföldi lakcíme:.....
 Magyarországi lakcíme:.....
 Azonosító okmány száma/típusa.....

Egészségügyi ellátásának adatai: elismerem, hogyévhó.....naptól
 a.....fekvőbeteg osztályán, illetőleg.....
 járóbeteg/szakorvosi körzeti ellátású gyógykezeléssel kapcsolatban
 felmerült.....Ft egészségügyi szolgáltatásért járó díjat az
 Intézettől történt távozásomig nem egyenlítettem ki.

A gyógykezeléssel kapcsolatban felmerült fenti összegű díj tartozásomat elismerem és kötelezem magam, hogy annak kiegyenlítéséről a kiállított számla/jegyzőkönyv szerinti 15 napos fizetési határidőig gondoskodom, az Intézet **10023002-00324481-00000000** számú elszámolási számlájára, vagy az intézet Főpénztárában befizetem.

Banki átutalás esetén a **közlemény rovatba** kérjük feltüntetni az alábbi adatokat a beazonosítás érdekében: -Beteg neve, -TAJ szám/útlevélszám/Egészségbiztosítási száma, -Szakrendelés megnevezése

Vác,év.....hó.....nap

.....
 beteg aláírása

Tudomásul veszem, hogy amennyiben fizetési kötelezettségemnek a fizetési határidőn belül nem teszek eleget, úgy azt a kórház jogi úton (fizetési meghagyási eljárásban, perben, illetve végrehajtásban) érvényesíti, az adóst terhelő költségekkel és késedelmi kamatokkal megnövelt összegben.

.....
 a díjfizetésre kötelezett aláírása

Tanú név:.....
 Szem.ig.száma:.....
 Lakcím:.....

 Tanú aláírás:.....

Tanú név:.....
 Szem.ig.száma:.....
 Lakcím:.....

 Tanú aláírás:.....