

KÉSZÍTETTE: SIN JÓZSEF
GAZDASÁGI IGAZGATÓ

A DOKUMENTÁCIÓ SZ-32 TÉRÍTÉS
KÓDJA:
VERZIÓSZÁM: 02

JÓVÁHAGYTA: DR. FLÓRIÁN CSABA
ÜGYVEZETŐ IGAZGATÓ

FILE NÉV: SZ-32 TÉRÍTÉS
OLDALAK SZÁMA: 33

ÉRVÉNYBELÉPÉS IDŐPONTJA: 2011.JANUÁR 1.

MELLÉKLETEK SZÁMA: 4
ÉRVÉNYBELÉPÉSI IDŐ: 2011.JANUÁR 1.

MÓDOSÍTÁSOK JEGYZÉKE:

MÓDOSÍTOTTA ALÁÍRÁS/DÁTUM	VÁLTOZAT SZÁMA	MÓDOSÍTOTT OLDALSZÁMOK	JÓVÁHAGYTA ALÁÍRÁS/DÁTUM	KIBOCSÁTÁS IDŐPONTJA

Nyilvántartott példány:

Munkapéldány:

A példány sorszáma:

A SZABÁLYZAT A TAPOLCAI KÓRHÁZ EGÉSZSÉGÜGYI NONPROFIT KFT. KIZÁRÓLAGOS TULAJDONA.

**TOVÁBBADÁSA, SOKSZOROSÍTÁSA ÍRÁSOS ENGEDÉLYHEZ KÖTÖTT.
AZ SZABÁLYZATBAN SZEREPLŐ INFORMÁCIÓKAT CSAK A KÓRHÁZ MŰKÖDTETÉSÉHEZ LEHET
FELHASZNÁLNI**

TARTALOMJEGYZÉK

1. A Térítési Szabályzat célja.....	3
2. A Térítési Szabályzat hatálya.....	4
3. Alapelvek.....	5
3.1. Egészségügyi ellátásra jogosultak köre:.....	5
3.1.2. Biztosítási jogosultság igazolása.....	5
3.1.3. Külföldön biztosítottak egészségügyi ellátása.....	7
3.2. Sürgősségi ellátás.....	11
3.3. Betegtájékoztató.....	12
3.3.3. Területi ellátási kötelezettség és a területen kívüli beteg fogadása.....	14
3.3.4. Az utazási költségtérítés igénybevételének lehetőségei.....	15
3.4. Fizetési eszköz.....	16
3.5. A térítési díjak felülbírálásának egyedi lehetőségei.....	16
4. Térítéses egészségügyi szolgáltatások esetei és díjai.....	17
4.1. Teljes térítés ellenében igénybe vehető szolgáltatások.....	17
4.1.1. Az 1997 évi LXXXIII törvény Ebtv. 18.§. alapján meghatározottak szerint,.....	17
4.1.2. A külön jogszabályban 46/1997.(XII.17.)NM rendelet:.....	18
4.1.3. a külön jogszabályban (89/1995. (VII.14.) Korm. rendelet) meghatározott.....	19
4.2. Egészségbiztosító által nem finanszírozott egyéb egészségügyi ellátások.....	21
4.3. Részleges térítés ellenében igénybe vehető szolgáltatások.....	23
4.4. Intézeti hatáskörben megállapított térítési díjak.....	25
4.4.2. Aktív fekvőbeteg szakellátás, egynapos sebészeti ellátás.....	26
4.4.3. Krónikus minősítésű osztály térítési díjai.....	26
4.4.4. Ápolási osztály térítési díja.....	26
4.4.5. Intézményünkkel szerződésben álló egészségpénztárak tagjainak kiegészítő szolgáltatás végzése a felsoroltak értelmében:.....	27
4.5. Egyéb, az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások.....	28
4.5.1. Halott-kezelés és hűtés.....	28
4.5.2. Betegdokumentáció másolat kiadás.....	28
4.6. Egyéb, az egészségügyi ellátáshoz nem kapcsolódó szolgáltatások.....	29
4.6.1. Élelmezés által előállított étel térítési díjai.....	29
4.6.2. Intézeti parkolás térítési díjai.....	30
4.6.3. Intézeti egyéb térítési díjak.....	30
5. Pénzügyi teljesítés.....	30
5.1. A térítési díj befizetésének formája.....	31
5.2. A pénzkezelés egyéb feltételei.....	31
6. Hatálybalépés.....	32

1. A Térítési Szabályzat célja

A Térítési Szabályzat azon egészségügyi szolgáltatások térítési kötelezettségeit szabályozza, melyek az Egészségbiztosítási Alapból nem vagy részben finanszírozódnak, a biztosítással rendelkező és biztosítással nem rendelkező magyar és külföldi állampolgárok ellátásával kapcsolatban.

A Térítési Szabályzat valamennyi szervezeti egységre nézve rögzíti az egészségügyi ellátások során keletkező **térítési díj fizetési kötelezettségét, annak mértékét, befizetésének módját, eljárás rendjét.**

Vonatkozó jogszabályok köre:

- Az egészségügyről szóló **1997. évi CLIV. Törvény (Eütv.)**
- a gyógyintézetek működési rendjéről szóló **43/2003. (VII.29.) ESzCsM rendelet**
- **1997. évi LXXXIII. Törvény. (Ebtv.)** A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, valamint az ennek végrehajtásáról szóló **217/1997. (XII.1.) Kormány rendelet**
- **284/1997. (XII.23.) Kormány rendelet,** a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- **46/1997. (XII.17.) NM rendelet,** a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető egészségügyi szolgáltatásokról
- **52/2006. (XII.28.) EüM rendelet** a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról
- az egészségügyi szolgáltatások E. Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló **43/1999. (III.3.) Kormány rendelet**
- **87/2004. (X.4.) ESZCsM rendelet** A Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól
- **89/1995. (VII.14.) Kormány rendelet** a foglalkozás egészségügyi szolgálatról
- **1408/71 EKG számú rendelet** a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról, valamint az ennek végrehajtásáról szóló **574/72 EKG. számú rendelet**
- a temetőkről és a temetkezésről szóló 1999. évi XLIII. törvény végrehajtásáról szóló **145/1999. (X. 1.) Kormány rendelet**

2. A Térítési Szabályzat hatálya

A Térítési Szabályzat **hatálya** kiterjed a **TAPOLCAI KÓRHÁZ EGÉSZSÉGÜGYI NONPROFIT KFT.** minden egészségügyi ellátó szervezeti egységeire. Továbbá:

A szabályzat tárgyi hatálya kiterjed minden

- * biztosított magyar állampolgárra és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral, illetőleg igazgatási szervével (a továbbiakban együtt OEP) megfelelő szervével biztosítási szerződést kötött külföldi állampolgárra, amennyiben beutalói kötelezettség nélkül, vagy az osztályokra szóló beutalóval keresi fel Kórházunkat
- * biztosított magyar állampolgárra és az OEP megfelelő szervével biztosítási szerződést kötött külföldi állampolgárra, amennyiben más egészségügyi szolgáltatóhoz szóló beutalóval, de Kórházunkban jelentkezik ellátásra
- * nem biztosított magyar állampolgárra, amennyiben a kötelező egészségbiztosítási ellátásai keretében igénybe vehető/nem vehető egészségügyi ellátást, szolgáltatást vesz igénybe
- * magyar és külföldi állampolgárra, amennyiben a kötelező egészségbiztosítási ellátásai keretében igénybe nem vehető egészségügyi ellátást, szolgáltatást vesz igénybe

A Térítési Szabályzat betartásáért, illetve végrehajtásért az érintett orvosok és szakdolgozók jogi, ezen belül anyagi felelősséggel tartoznak. Valamennyi osztályvezető, szakmai vezető felelőssége e feladat rendszeres ellenőrzése, betartása és betarttatása.

3. Alapelvek

Az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások- a törvény keretei között - az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe. (Ebtv.2.§.)

Az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket. (Ebtv.3.§.)

3.1. Egészségügyi ellátásra jogosultak köre:

3.1.1. Biztosított: aki érvényes társadalombiztosítási igazolvánnyal (Társadalombiztosítási Azonosító Jel, továbbiakban TAJ kártyával), illetve Európai Egészségbiztosítási kártyával, vagy az azt helyettesítő nyomtatvánnyal rendelkezik. A biztosított térítésmentesen jogosult igénybe venni az OEP által térített egészségügyi szolgáltatásokat. Biztosítási jogosultság feltételeit a (T/3.sz. melléklet) tartalmazza.

3.1. 2. Biztosítási jogosultság igazolása

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

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

A TAJ-jal nem rendelkező, belföldinek nem minősülő, egyszerűsített foglalkoztatás keretében alkalmazott természetes személy részére - az állami foglalkoztatási szerv megkeresésére - az egészségbiztosítási szerv TAJ-t képez, és erről az Igazolás kiadásával értesíti az érintett személyt. Az OEP az Igazoláson a „kizárólag baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosult” -ot adta meg (nem balesettel összefüggő egészségügyi ellátása térítés köteles, 4-es térítési kategória).

Ha a beteg a biztosítását nem tudja igazolni, kitöltésre kerül a T/2.sz. nyomtatvány, „Feljegyzés - Elismervény”, melyen a beteg vállalja, hogy 15 napon belül biztosítási jogosultságát igazolja.

A TAJ-jal rendelkező személyek esetében a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtási rendelete, a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 12/B § (1) bekezdésében előírt jogosultság-ellenőrzési kötelezettség során a szolgáltató az alábbiakat köteles figyelembe venni.

Az egészségügyi szolgáltató 2009. július 1-től az (OEP) nyilvántartási rendszeréből 4 jelzést kaphat:

- **Magyarországon rendezett jogviszonnal rendelkező személyek esetében:**

- „ZÖLD TAJ érvényes, jogviszonya rendezett” jelzést;
- **Magyarországon rendezetlen jogviszonnyal rendelkezők esetében:**
„PIROS TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen” jelzést;
 - **A TAJ-számmal rendelkező külföldön biztosítottak esetében:**
„KÉK Külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen” jelzést; illetve
 - **egyéb esetekben a**
„BARNA TAJ egyéb okból érvénytelen” jelzést

1. A zöld „TAJ érvényes, jogviszonya rendezett” jelzés esetében a szolgáltató a beteget az általános szabályok szerint ellátja.

2. A piros „TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen” jelzés esetén a szolgáltató a beteget az általános szabályok szerint köteles ellátni. Az ellenőrzést végző szolgáltató az OEP (www.oep.hu / szakmai kezdőlap / jogviszony-ellenőrzés) honlapjáról letölthető értesítést átadja a szolgáltatásra nem jogosult személynek. Ezen értesítés tartalmazza

- a) azt a tényt, hogy az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatását igénybe vevő személy az OEP nyilvántartásában jogosultként nem szerepel,
 - b) az értesítést (T/4.sz. nyomtatvány) arra, hogy a jogosultság fennállásának tisztázása érdekében keresse meg az ország területén bármely egészségbiztosítási szervet
 - c) a jogosultság hiányának jogkövetkezményeiről szóló tájékoztatást, valamint
 - d) az arra vonatkozó információt, hogy bővebb tájékoztatás az OEP honlapján érhető el.
- Az ellátás finanszírozására az általános szabályok szerint kerül sor.**

3. A kék „Külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen” jelzés esetében a szolgáltató köteles ellenőrizni, hogy az érintett személy rendelkezik-e jogosultság-igazolások valamelyikével (EU- s Egészségbiztosítási Kártya, kártyahelyettesítő nyomtatvány, E 112-es nyomtatvány, HR/HU 111-es nyomtatvány).

Amennyiben az említett dokumentumok valamelyike rendelkezésre áll, a szolgáltató az alapján az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Kormány rendelet szerint „E” térítési kategóriában tesz jelentést az OEP felé, a finanszírozásra ez alapján kerül sor. Amennyiben nem áll a beteg rendelkezésére jogosultság-igazolás, és azt az ellátás nyújtását követő 15 napon belül sem mutatja be, akkor a szolgáltató a költségekről előre meghatározott díjtételei szerint számlát állít ki, a 87/2004. (X. 4.) ESzCsM rendelet alapján. Ebben az esetben az OEP az ellátások költségeit nem finanszírozza. A lejelentése a 43/1999.K.r. szerint 4-es térítési kategóriában történik.

4. A barna „TAJ egyéb okból érvénytelen” jelzés esetében a szolgáltató a költségekről előre meghatározott díjtételei szerint számlát állít ki, a 87/2004. ESzCsM rend. alapján. Ebben az esetben az OEP az ellátások költségeit nem finanszírozza, tekintettel arra, hogy a TAJ pl. végleges külföldre település, elhalálozás miatt, vagy technikai okból érvénytelenítésre került. Lejelentése a 43/1999.K.r. szerint 4-es térítési kategóriában kerül sor.

2008. január 1. után a jogviszony hiánya esetén az OEP köteles átadni a

jogviszonnal nem rendelkező beteg adatait az Adó és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatalnak (APEH), mely szerv vizsgálatot kezdeményezhet, és az elévülési időre visszamenőleg behajthatja az elmaradt járulékokat.

2008. január 1. után az OEP nyilvántartása szerint jogviszonnal nem rendelkező személynek lehetősége lesz közvetlenül a regionális egészségbiztosítási pénztárnál okirattal igazolni a ténylegesen fennálló – de a nyilvántartásban nem szereplő – jogviszonyát. Ezt követően az egészségügyi szolgáltató rendezettnek fogja látni a beteg jogviszonyát, az elmaradt bejelentést az OEP bekéri az érintett szervezettől.

3.1.3. Külföldön biztosítottak egészségügyi ellátása

A külföldön biztosítottak kategóriája nem csak a külföldi állampolgárokat, hanem a külföldön biztosított magyar állampolgárokat is jelenti.

A külföldön biztosítottak magyarországi egészségügyi ellátása az alábbiak szerint:

A) **EU- s Egészségbiztosítási Kártya/kártyahelyettesítő nyomtatvány alapján** a magyarországi tartózkodás tervezett idejére és egészségi állapotra tekintettel **orvosilag szükséges egészségügyi ellátásokra jogosult az érintett.**

Abban az esetben, amikor az érintett az **Európai Gazdasági Térség (EGT) valamely tagállamában¹, vagy Svájcban rendelkezik biztosítási jogviszonnal.** Az EU- s Egészségbiztosítási Kártyát és a kártyahelyettesítő nyomtatványt minden tagállam a saját hivatalos nyelvén állítja ki.

Finanszírozás: Az egészségügyi ellátásokat nyújtó magyar szolgáltató a 43/1999. Kr. 21. mellékletét képező **E-adatlapon jelenti le** (kitöltése kötelező) **az ellátást az OEP felé, (Térítési kategória: „E”, Személyazonosító típus: 3).**

Mi minősül orvosilag szükséges ellátásnak?

A Kártyával az ideiglenes tartózkodás alkalmával felmerült, orvosilag szükséges egészségügyi ellátások vehetők igénybe, a **tervezett egészségügyi ellátások igénybe vételére a Kártya nem szolgál.**

Azt, hogy az adott ellátás **orvosilag szükségesnek** minősül-e, azt **az ellátást nyújtó szolgáltató dönti el, a tartózkodás tervezett idejére és az egészségi állapotra tekintettel.** Orvosilag szükségesnek nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülhetnek. Amennyiben az igényelt ellátást – a beteg állapotára való tekintettel – nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a szolgáltatónak figyelembe kell vennie, hogy az illető személy milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni. Amennyiben az illető személy nem rendelkezik az EGT állampolgárok, illetve családtagjaik részére kiadott tartózkodási kártyával/regisztrációs igazolással, csak azon szolgáltatások nyújtandók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. Egyéb esetekben a tartózkodási kártya/regisztrációs igazolás, illetve az EU- s Egészségbiztosítási Kártya/kártyahelyettesítő nyomtatvány érvényességének lejártát kell figyelembe venni.

¹ **Az EGT tagállamai:** Ausztria, Belgium, Bulgária, Ciprus, Cseh Köztársaság, Dánia, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Írország, Izland, Lengyelország, Lettország, Liechtenstein, Litvánia, Luxemburg, Málta, Nagy-Britannia, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Svédország, Szlovákia, Szlovénia

Az Európai Bizottság vonatkozó határozatai szerint orvosilag szükséges ellátásnak minősül az oxigénterápia, a dialízis-kezelés, illetve a terhességgel és szüléssel kapcsolatos ellátások. Az orvosilag szükséges egészségügyi ellátásokat az egyenlő elbánás elve szerint ugyanolyan feltételekkel kell az EGT-tagállambeli biztosított számára nyújtani, mint egy magyar biztosítottnak.

Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz

A vényköteles **gyógyszerek** a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerekről és a támogatás összegéről szóló 1/2003. (I. 21.) ESzCsM rendelet 3. § (1) bekezdés d) pontja szerint; a **gyógyászati segédeszközök** a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet 13. § (3) bekezdés b) pontja alapján kerülnek felírásra, ugyanolyan feltételekkel, mint egy magyar biztosított esetén. A fentiek alapján **a kötelezően alkalmazandó közösségi szabály és a nemzetközi egyezmény hatálya alá tartozó beteg esetében a vényen fel kell tüntetni a beteg születési dátumát (év/hó/nap), az ország kódját, az ellátás alapjául szolgáló formanyomtatvány betű- és számjelét, a beteg külföldi biztosítási/azonosító számát is.**

B) E 112-es nyomtatvány alapján, a nyomtatványon jelzett gyógykezelésre, illetve amennyiben konkrét gyógykezelés nincsen megjelölve, teljes körű egészségügyi ellátásra jogosult az érintett személy.

Az EGT-tagállamban biztosított személy tervezett ellátást Magyarországon az **E 112-es nyomtatvány** alapján veheti igénybe, az érvényességi időn belül bármilyen egészségbiztosítási szolgáltatásra jogosult a beteg, és azt a szolgáltató előzetes egyeztetés alapján köteles nyújtani. Az OEP felé történő **lejelentés az E-adatlapon** történik.

A Kártya / kártyahelyettesítő nyomtatvány és az E 112-es nyomtatvány alapján igénybe vett ellátások költségeit az OEP a magyar finanszírozási mértéknek megfelelően téríti meg a szolgáltató részére.

C) Ellátás a magyar-horvát szociális biztonsági egyezmény alapján.

Az egyezmény alapján kiállított jogosultság-igazolással **HR/HU 111-es nyomtatvány** a horvát biztosított **sürgősségi ellátást** vehető igénybe Magyarországon. A sürgősségi ellátást a szolgáltató 43/1999. Kr. 21. melléklet szerint E-adatlapon **jelentheti le** az ellátást az OEP felé, (**Térítési kategória: „E”**, Személyazonosító típus: 3).

Magyar-montenegrói szociális biztonsági egyezmény

A 2008. évi LXXII. törvénnyel kihirdetett szociális biztonsági egyezmény Magyarország és Montenegró között 2009. április 1.-től hatályos.

A montenegrói biztosítottak az egészségügyi szolgáltatásokat

- **átmeneti magyarországi tartózkodás** során
- **sürgősségi esetben**
- a montenegrói egészségbiztosítási pénztár illetékes szerve által kiadott, **CG/HU 111** jelű igazolással vehetik igénybe.

Magyarországra kiküldött montenegrói munkavállaló és családtagjai

A kiküldetés keretében átmenetileg Magyarországon dolgozó montenegrói biztosított a **CG/HU 111A** jelű nyomtatvánnyal igazolja, hogy ő és vele együtt Magyarországon tartózkodó családtagjai szükség esetén jogosultak a **magyar egészségbiztosítás szükséges szolgáltatásaira**.

Az igénybe vehető ellátások köre megegyezik az Európai Egészségbiztosítási Kártyával igénybe vehető szolgáltatásokkal. Az ellátás nyújtását követően az eset jelentése az OEP felé **E térítési kategóriában és EU adatlap kitöltésével** történik.

Montenegró 3 jegyű állampolgársági kódja: MNE, kétjegyű ország kódja: CG (EU-s adatlaphoz)

Magyar-bosznia és hercegovina szociális biztonsági egyezmény

A 2009. évi II. törvénnyel kihirdetett szociális biztonsági egyezmény Magyarország és Bosznia és Hercegovina között 2009. augusztus 1.-től hatályos, melynek értelmében a bosznia és hercegovinai biztosítottak a magyarországi egészségügyi szolgáltatásokat

- átmeneti magyarországi tartózkodás **során**
- sürgősségi esetben
- **a bosznia és hercegovinai egészségbiztosítási pénztár illetékes szerve által kiadott, BH/HU 111 jelű igazolással vehetik igénybe.**

Gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz a Bosznia és Hercegovinai biztosítottak részére a BH/HU 111 jelű nyomtatvány alapján nyújtott sürgősségi ellátáshoz kapcsolódóan továbbra is kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás keretében nyújtható.

A bosznia és hercegovinai biztosítottak Magyarországon a dialízis kezelést kizárólag a BH/HU 112 nyomtatvánnyal vehetik igénybe. Az ellátás nyújtását követően az eset jelentése az OEP felé **E térítési kategóriában és EU adatlap kitöltésével** történik.

A BH/HU 111 nyomtatvány megjelölése az E-adatlapon: BH111

A BH /HU 112 nyomtatvány megjelölése az E-adatlapon: BH112

Nemzetközi szervezetnél – pl. az Európai Közösségek szerveinél - biztosított személyek esetében szokásos, hogy a nemzetközi szervezet biztosítója kártyát állít ki a biztosítási jogviszonyról a munkavállaló részére. Az Európai Közösségek szerveinél dolgozó személyek esetében a szolgáltató a számlát közvetlenül a külföldi biztosító részére is kiállíthatja az http://ec.europa.eu/pmo/demande_pec_new_en.pdf oldalon elérhető nyomtatványon. Ezen kártya alapján nem kerül sor OEP finanszírozásra.

Hasonló kártyával rendelkeznek az ENSZ Menekültügyi Főbiztosságának (United Nations High Commissioner for Refugees) alkalmazottai is.

Segédlet az adatlap kitöltéshez:

<u>Ország</u>	<u>Állampolgárság</u>	<u>Országkód*</u>	<u>Ország</u>	<u>Állampolgárság</u>	<u>Országkód*</u>
Ausztria	AUS	AT	Luxemburg	LUX	LU
Belgium	BEL	BE	Málta	MLT	MT

Bulgária	BUL	BG	Egyesült Királyság	GBR	UK
Ciprus	CYP	CY	Németország	GFR	DE
Cseh Köztársaság	CHR	CZ	Olaszország	ITA	IT
Dánia	DEN	DK	Portugália	POR	PT
Észtország	EST	EE	Románia	ROM	RO
Finnország	FIN	FI	Spanyolország	SPA	ES
Franciaország	FRA	FR	Svédország	SWE	SE
Görögország	GRE	GR	Szlovákia	SLV	SK
Hollandia	NET	NL	Szlovénia	SLO	SI
Írország	IRE	IE	Izland	ICE	IS
Lengyelország	POL	PL	Lichtenstein	LIE	LI
Lettország	LTH	LV	Norvégia	NOR	NO
Litvánia	LTH	LT	Svájc	SWI	CH

- D) Az alább felsorolt országok állampolgárai útlevél felmutatása ellenében a sürgősségi ellátásokat vehetik igénybe:** Angola, Azerbajdzsán, Belorusszia, Grúzia, Észak-Korea, Irak, Jordánia, Kazahsztán, Kirgizisztán, Koszovó, Kuba, Kuvait, Macedónia, Mongólia, Moldávia, Oroszország, Örményország, Szerbia, Tádzsikisztán, Türkmenisztán, Ukrajna, a sürgősségi ellátásokat a magyar szolgáltatók a 43/1999. K.r. értelmében „3-as” térítési kategóriában, (Személyazonosító típus: 3) jelenthetik le.
- E) A jogosultság-igazolással nem rendelkező személy fizetőköteles egészségügyi ellátása.**

A fent említett jogosultság-igazolásokkal nem rendelkező, Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a magyar társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátására a 87/2004. ESzCsM rend. alapján kerül sor.

A szolgáltató az ellátás költségeiről saját, előre meghatározott díjtételei alapján számlát állít ki a beteg részére. Az OEP-felé a szolgáltató az ellátást a „4-es” térítési kategóriában jelenti le.

3.1.4. Egyéb biztosítás alapján: a bevándoroltak, menekültként elismertek, hontalanok, letelepedési engedéllyel rendelkezők (letelepedettek), 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 **rendelkeznek** az OEP által kiadott **TAJ számmal**, akkor a biztosított betegekkel azonos módon kell eljárni. (Térítési kategória: 1, Személyazonosító típus: 1).

Ha még **nem rendelkeznek** az OEP által kiadott **TAJ számmal**, akkor a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal által kiállított igazolvánnyal vehetik igénybe az egészségügyi ellátást. Ez esetben a **térítési kategóriák** a következők lehetnek:

2. magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása
5. magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása
- A. befogadott külföldi állampolgár
- D. menekült, menedékes státuszt kérelmező

A fenti négy esetben a „Személyazonosító” (TAJ) helyére a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal által kiállított igazolvány számát kell beírni, és a **Személyazonosító típus: 5**.

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

Külföldön élő magyar nemzetiségiek központi költségvetésből támogatott ellátása a Segítő Jobb Alapítványon keresztül történik, a „**Segítő Jobb Alapítvány**” beutalójával, az **alapítvány által elfogadott ellátási díj mértékéig**. **Térítési kategória: 9-es**, Személyazonosító típus: 5

Eljárás rendje:

1. Járó ellátáskor /osztályos Felvételkor

- a fenti igazolásokról, igazolványról fénymásolat készítése szükséges, és a betegdokumentációhoz csatolni kell. Ha nem áll rendelkezésre az igazolás, pótlását 15 napig megteheti az ellátott, de „Feljegyzés – Elismervény”-t kell kiállítani amiben aláírásával igazolja, hogy igénybe vette az ellátást.

2. Ha **15 napon belül nem mutatja be** igazolását, akkor az ellátás költségeiről az előre meghatározott díjtételek szerint számlát kell kiállítani, **mert ebben az esetben az OEP az ellátások költségeit nem finanszírozza**. A lejelentése a 43/1999.K.r. szerint **4-es térítési kategóriában** történik. Díjak megállapítása a T/1.sz.melléklet szerint.

Az ellátó munkahely az ellátásról szóló nyomtatványt (ambuláns lap/fekvő zárójelentés) és a Feljegyzés – Elismervényt a Pénzügyi osztályra küldi, ahonnét számlázásra kerül.

3.2. Sürgősségi ellátás

Sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet az 52/2006. (XII.28.)EüM. rendelet melléklete alapján (T/6.sz.melléklet) - részletesen meghatározott - az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében – a beteg állapotának stabilizálásáig / fekvőbeteg-ellátásban – végeznek, illetve a diagnózis felállításától a tisztázott kórállapot első alkalommal történő szakszerű ellátásáig.

Sürgős szükség esetében minden orvosi rendelőben (házi-orvosi rendelőben, gyermekorvosi rendelőben, magán-orvosi rendelőben stb.), járóbeteg-gyógyintézetben (rendelőintézetben, gondozóintézetben stb.) és kórházban az ott megjelent beteget haladéktalanul a szükséges és lehetséges orvosi ellátásban kell részesíteni.

Nem tartozik a sürgősségi ellátás körébe a beteg későbbi, kontroll vagy kiegészítő vizsgálata.

3.3. Betegtájékoztatás

Valamennyi egészségügyi szolgáltató a részleges és teljes térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatásai jegyzékét „Térítési Szabályzat” az ellátó helyen jól látható módon kifüggeszti. **A kezelés előtt a beteggel a várható térítési díjakat ismertetni kell.** A tájékoztató összegről a beteg aláírásával kötelezettséget vállal és a betegdokumentációban meg kell őrizni.

Amennyiben a térítési díjakat **a beteg nem fogadja el, a kezelés vonatkozó része nem kezdhető meg.** Diagnosztikai vizsgálatok esetén a kért vizsgálatok eredményétől függő (szakmai szabályok szerinti) további kiegészítő vizsgálatok térítési díját az eredmények kiadása előtt a betegnek meg kell téríteni.

A sürgősségi ellátás igénybevételének térítés-mentességét, a beteg vizsgálatát és ellátását követően kell megállapítani.

Amennyiben a beteg az adott **ellátásra nem térítésmentesen jogosult, a térítési díj utólag rendezendő.**

3.3.1. A szolgáltató egyes ellátások elvégzését - amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását – **várólista/betegfogadási lista** alapján teljesíti, amennyiben tartós kapacitás hiány van.

Tartós kapacitás hiány: akkor áll fenn, ha az egészségügyi szolgáltató az ellátásra az egészségbiztosító által lekötött szabad kapacitással már nem rendelkezik, és az erőforrásai az ellátási igényekhez képest késleltetett ütemezéssel állnak rendelkezésre.

Az **1997 évi LXXXIII törvény Ebtv. 20.§.** –a szerint: A betegfogadási lista alapján az ott meghatározott időpontban lehet az ellátást igénybe venni, annál az egészségügyi szolgáltatónál, aki a betegfogadási listát vezeti. Az ellátás igénybevételének időpontját a betegfogadási listára való felvétel időpontja alapján határozza meg a szolgáltató azzal, hogy a beteg kérésére a szolgáltató által meghatározott időponttól későbbi időpontot is lehet kérni. A betegfogadási lista összeállításánál figyelembe kell venni a tárgyidőszakot megelőző három hónap betegforgalmi adatai alapján az azonnali ellátást igénylő esetek várható számát, továbbá azokat a betegeket, akik rendszeres ellátást, illetve kontroll vizsgálatot igényelnek. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató beavatkozás csoportonként, a járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató szakrendelésenként vezet betegfogadási listát.

A betegfogadási listára történő felkerülést a beteg, a beteg beleegyezése esetén házi-orvosa vagy kezelőorvosa kezdeményezheti személyesen, telefonon vagy elektronikus úton. Az előzetes időpont egyeztetés nem minősül gyógyító, illetve diagnosztikai célú találkozásnak.

Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a beavatkozást - a betegfogadási lista vezetésére vonatkozó szabályok betartásával, szabad kapacitása terhére - előzetes időpont egyeztetés nélkül, az ellátásra történő jelentkezéskor elvégzi, a betegfogadási listára történő felkerülés időpontjaként az ellátásra való jelentkezés időpontját kell feltüntetni.

3.3.2. A beteg beutalás szakmai rendjét Kórházunkban a 39 szabályzat tartalmazza. A betegek beutalási rendjét a 27/1992 (IX.26.) NM rendelet határozza meg.

Az alapellátás 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 **Beutalási rendtől eltérő egészségügyi ellátás igénybevétele**, kivétel az Eütv. 3.§. i) pont szerinti sürgősségi ellátás (beteg máshova megy, mint ahová a területi ellátási elv / kötelezettség szerint a beutaló szól) esetén a beteg vállalja az ellátásnak a részleges költségeit (lásd: részleges térítés ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások).

Amennyiben a **beutalóköteles rendelésre beutaló nélkül megy**, az adott szakrendelés visszairányítja a beutaló kiállítására jogosult egészségügyi szolgáltatóhoz, feltéve, hogy az azonnali beavatkozás szükségessége nem merül fel. Amennyiben továbbra is kéri a beutaló nélküli ellátást, akkor az intézmény az általa meghatározott térítési díj ellenében – az arról való előzetes tájékoztatást követően – jogosult azt nyújtani. Az egészségügyi szolgáltató az **ellátás költségeiről saját, előre meghatározott díjtételei alapján számlát állít ki** a beteg részére. **Az OEP-felé az ellátást a „4-es” térítési kategóriában jelenti le.**

Orvosi beutaló tartalmi követelményei (2006.06.30-tól)

Az alább felsorolt adatokat kötelezően fel kell tüntetni minden beutalón. Ennek 2007. január 01 – től a kórház számára kiemelt jelentősége van, mert ezen adatok jelentésének hiányában a szakellátás után járó finanszírozást nem fogja az intézet megkapni az OEP-től. A kötelező adatok az alábbiak, amire Ön is felhívhatja a beutalót kiállító kezelőorvosa figyelmét:

1Rögzítendő kötelező adatok: pl. beteg neve, TAJ, stb.

2Beutaló orvos azonosítója: 5 jegyű orvosi bélyegző szám

3Munkahelyi azonosító:

- Finanszírozott szolgáltató: 9 jegyű OEP finanszírozási kód
- Nem finanszírozott: ÁNTSZ engedély szerinti működési engedély szerinti 9 jegyű azonosító kód
- MEP ellenőrző főorvos esetén: 999999991
- Pro familia beutalás esetén: 999999992

4Előző ellátás tényét igazoló adat: 9 karakter

- Háziorvos, járóbeteg munkahely esetében: Napló sorszám
- Fekvőbeteg munkahely esetében: Törzsszám
- Egyéb: beutalás napi dátuma, előtte „0”(020060701)

Biztosított az alábbi szakellátásokat veheti igénybe beutaló nélkül:

- Általános sebészeti és baleseti sebészeti
- Bőrgyógyászati
- Fül-orr-gége
- Nőgyógyászati
- Szemészeti
- Urológiai
- Pszichiátriai és addiktológiai,
- Onkológiai

Szakellátásokat.

- Gondozó gondozásba vett betegek (első alkalommal kell beutaló): Bőrnemibeteg gondozó, onkológiai gondozó, tüdőgondozó
- Szakrendelés indokoltan rendelt kontrollja és,
- Sürgős szükség esetén bármely szakellátás beutaló nélkül igénybe vehető.

3.3.3. Területi ellátási kötelezettség és a területen kívüli beteg fogadása

A beteg lakóhelye szerinti területi ellátási kötelezettség érvényes valamennyi szakellátásra vonatkozóan (T/7.sz.melléklet) Emellett a beteg számára megmaradt a szabad orvos- és intézményválasztás lehetősége, amennyiben az erre vonatkozó térítési és beutalási szabályokat elfogadja, és betartja mind ő maga, mind a beutaló orvosa (pl. szabályos beutaló, részleges térítési díj vállalása).

Intézményünk a területen kívüli beteg ellátását két esetben tagadhatja meg:

- A területi ellátási kötelezettség alá tartozó biztosítottak ellátását veszélyezteti,
- Eü. biztosító által szerződött szabad kapacitással nem rendelkezünk az adott szolgáltatás tekintetében

Területen kívüli beteg előjegyzése:

Területen kívüli beteg előjegyzését kérheti:

- a beteg háziorvosa
- a beteg orvosi dokumentáció alapján

A beteg előjegyzését azon az osztályon, egységben kell kérni, amelyben az ellátást kérik.

A fentiek betartása mellett az adott osztály, vagy ellátó szervezeti egység szabad volumenkapacitással rendelkezik, a munkahelyi vezető (fő)orvos (vagy távollétében helyettese) döntése alapján lehetőség van a területen kívüli beteg tervezett felvételére, kezelésére.

A területen kívüli beteget az időpont megadása mellett befogadó nyilatkozattal kell ellátni, a nyilatkozatot az igény bejelentést követő 48 órán belül ki kell adni. A nyilatkozat egy példányát az egészségügyi dokumentációban kell tárolni, egy példányt a beteg részére át kell adni. Amennyiben a beteg részére a személyes átadás nem volt lehetséges, a nyilatkozatot postai vagy elektronikus úton kell továbbítani a biztosított beteg vagy kezelőorvosa részére.

A befogadó nyilatkozat kiadása a beteg szakellátását végző szakorvos feladata azzal, hogy a nyilatkozatot előzetesen a szakmai vezető (vagy távollétében helyettese) jóváhagyja.

Befogadó nyilatkozat tartalmazza a beteg:

- ◆ nevét
- ◆ születési helyét, idejét
- ◆ lakóhelyét
- ◆ TAJ számát
- ◆ a befogadó osztály nevét és nyilatkozatát, arra nézve, hogy a beteg felvétele a rendelkezésre álló kapacitás terhére történik, nem veszélyezteti a területi ellátási kötelezettség alapján történő betegellátást.

Amennyiben a területen kívüli beteg ellátását az adott osztály a fentiek betartása mellett vállalni tudja, úgy az előjegyzést a belső szabályzat előjegyzésre vonatkozó pontjai szerint kell eljárni, úgy hogy a területen kívüli beteg esetén a betegfogadásra, előjegyzésre és várólistára vonatkozó szabályokat ugyanúgy kell alkalmazni.

3.3.4 Az utazási költségtérítés igénybevételének lehetőségei

Az Ebtv 22.§. szerint:

1. Utazási költségtérítés orvosi beutalóval igénybe vett egészségügyi szolgáltatás esetén

A járóbeteg-szakellátásra, fekvőbeteg-gyógyintézetbe, rehabilitációra, szűrővizsgálatra (behívás alapján vette igénybe), gyógyászati ellátásra beutalt betegnek és tömegközlekedés használata esetén a kísérőjének az ellátás igénybevétele kapcsán felmerült, illetve az orvosszakértői vizsgálatra beutalt, vagy berendelt biztosítottnak a vizsgálat kapcsán felmerült, az ellátó intézet települési határán átnyúló utazása költségeihez támogatás jár.

Az utazási költségtérítés akkor jár egyrészt, ha:

- a beutaló olyan egészségügyi szolgáltatóhoz szól, amely a biztosított lakóhelye szerinti területi ellátására kötelezett.
- a beutalás azért nem a biztosított területi ellátására kötelezett szolgáltatóhoz történt, mert az az egészségügyi intézmény, ahová a beteget beutalták a biztosított lakóhelyéhez közelebb esik, és a beteg hozzájárult az eltérő beutaláshoz.

- a területi ellátásra kötelezett egészségügyi szolgáltató a betegnek szükséges ellátásra orvos szakmai indok alapján nem alkalmas, ezért a beutaló valamely más egészségügyi szolgáltatóhoz szól.

A tömegközlekedési eszközön díjmentes utazásra jogosító „utazási költségtérítési utalvány” kiállítására kizárólag a háziorvos, házi gyermekorvos jogosult.

Az utazási utalvány kiállítására jogosult a beutalásra jogosult orvos (általában a háziorvos) a szakellátásra (vagy orvosszakértői vizsgálatra) történő beutaláskor; az egészségügyi szakellátás orvosa (és a gondozóintézet szakorvosa is), ha a beteget vizsgálatra, kezelésre utalja be, rendeli vissza, vagy éppen elbocsátja pl. fekvőbeteg-gyógyintézetből. Az utalvány kiállításának a beutaló kiállításával egyidejűleg kell történnie, mert a biztosított csak a kiállítás dátumát követő utazásához veheti igénybe a költségtérítést, utólagos kiállítás esetén a kérelmet el kell utasítani. Tehát az utalvány kiállítása a szakorvosi rendelés első felkeresésekor a háziorvostól kérhető, míg a további kezelések során, pl. ha a szakorvos visszahívja Önt, a szakorvos feladata annak kiállítása. A költségtérítési utalványt kizárólag a háziorvos és a házi gyermekorvos állíthatja ki.

- Másrészt 2008. április 1-je óta utazási költségtérítési utalványt igényelhet, és ezzel díjmentesen utazhat az, aki
 - közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezik, vagy
 - krónikus betegsége vagy állandósult egészségi állapota miatt legalább havi egy alkalommal kezelésre jár, illetve kúraszerű ellátást vesz igénybe, vagy
 - akit betegsége, állapota miatt nem tudnak ellátni a lakóhelye szerint illetékes egészségügyi szolgáltatónál, azaz orvosszakmai indokok alapján egy távolabbi intézményben kell a kezelést elvégezni, valamint egy őt kísérő személy, ha az orvos szakvéleménye alapján a kísérő jelenléte indokolt.

2. Utazási utalvány - Utazási költségtérítés személygépkocsival utazás esetén

Utazási költségtérítésre az a beteg is jogosult, aki – a beutalásra jogosult orvos döntése alapján – betegsége, egészségi állapota miatt tömegközlekedési eszközön nem tud utazni, ezért gépkocsival megy az egészségügyi intézménybe. Az utazási költségtérítés nem tömegközlekedési eszközzel történő utazás esetén legfeljebb egy kísérő személy részére adható ki.

3.4. Fizetési eszköz

A Szabályzatban feltüntetett **térítési díjak magyar forintban (HUF) értendők**, más külföldi valuta semmilyen esetben sem fogadható el. A fizetés készpénzben, csekken**, illetve átutalással** teljesíthető.

3.5. A térítési díjak felülbírálásának egyedi lehetőségei

Egészségügyi közéletünkben vannak események, amikor a beteg díjfizetésre nem kötelezhető

- Amennyiben az ellátó személyzetet illetően a térítési díj átvétele a beteg viselkedése nyomán jól megítélhetően **testi fenyegetettséggel járna**, az ellátást a térítési díj beszedése nélkül is be kell fejezni. Az eseményről **jegyzőkönyvbe** (hely, dátum, tárgy megjelölésével, két tanú aláírásával) **rögzíteni kell a történeteket**.

- Amennyiben **egyéb ok merül fel** a térítési díj csökkentésre vagy a teljes mentesítés érdekében, ennek **előzetes engedélyezésére** írásbeli kérelem alapján az ügyvezető igazgató vagy a helyettese jogosult.

4. Térítéssel ellátott egészségügyi szolgáltatások esetei és díjai

4.1. Teljes térítés ellenében igénybe vehető szolgáltatások

A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében az E.Alap terhére nem vehető igénybe az egyes egészségügyi szolgáltatások (pl: alkalmassági vizsgálatok, véralkohol, kábítószer vizsgálatok, látlelet, detoxikálás) kizárólag teljes térítési díjkötelezettség mellett.

4.1.1. Az 1997 évi LXXXIII törvény Ebtv. 18.§. alapján meghatározottak szerint,

a különösen veszélyes (extrém) sportolás közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások, díj fizetése a Térítési szabályzatban (T/1.sz. melléklet) rögzítettek szerint.

- vízisízés
- jet-ski
- vadvízi evezés
- hegy és sziklamászás az V. foktól
- magashegyi expedíció
- barlangászat
- bázisugrás, mélybeugrás (bungee jumping)
- falmászás
- roncsautó (auto-crash) sport, rally
- hőlégballonozás
- félkezes és nyílttengeri vitorlázás
- sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés

a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatás,

- az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatásos ellátás,
- az előző 2 pontban meghatározott ellátások következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások,
- a kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében nyújtott ellátások,
- a méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások kivételével a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárás, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz alkalmazása, illetve a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása,
- a biztosított kísérőjének részére az egészségügyi szolgáltató által biztosított szállás és étkezés,

Kórházunk fekvőbeteg osztályán **aktív ellátásban részesülő beteg hozzátartozója** (szülő, testvér, stb) az ellátás teljes vagy rész idejére - amennyiben az adott osztályon az elhelyezés tárgyi feltételei biztosítottak – **éjszakai elhelyezést (ágy használat) vehet igénybe. A szolgáltatás térítési díja: 2.000-Ft/nap**

kivéve, ha a biztosított a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény szerint fogyatékos személynek minősül, abban az esetben a kísérő nem fizet térítési díjat. **Ennek dokumentálása az informatikai rendszerben:**

A fogyatékos személy kísérőjét minden esetben rögzíteni kell **térítési kategória: 1.**

- a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (a továbbiakban: Pp.) 307. §-ának (2) bekezdése szerinti, az alperes elmeállapotára vonatkozó szakorvosi véleményezés,
- Láttelelet kiadása a beteg (biztosított) részére térítésköteles, a rendőrség részére térítésmentes.
- a biztosított nem kötelező védőoltással történő immunizálása esetén
- a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltást, **a nem kötelező védő oltások beadásáért az oltóanyag árával megegyező térítési díj fizetendő.**

A fenti ellátások részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások ellátásért **fizetendő** térítési díjak a T/1.sz melléklet szerint. Informatikai dokumentálása **mindig 4-es térítési kategóriában történik.**

4.1.2 A külön jogszabályban 46/1997.(XII.17.)NM rendelet:

A kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető alábbi ellátásokról rendelkezik

Nem egészségügyi okból végzett a művi meddővé tétel

OENO kód	Megnevezés	Fizetendő
----------	------------	-----------

		összeg
59810	Sterilizáció (női) nem orvosi indikációra	60.000- Ft
59809	Sterilizáció (férfi) nem orvosi indikációra	30.000- Ft

4.1.3. a külön jogszabályban (89/1995. (VII.14.) Korm. rendelet) meghatározott

I. Foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások és meghatározott munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé,

II. A munkaügyi központ, valamint a szakképző intézmény által beutaltak vizsgálatának,

III. A települési önkormányzat által foglalkoztathatóságának a beutalása esetén a személy alkalmassági vizsgálatának rögzített díjai.

Nem a biztosított által fizetett teljes térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás térítési díjai

- I. Foglalkozás egészségügyi szolgálat. A munkáltató által eltérő megállapodás hiányában fizetendő díjak:
- | | |
|---|-----------------|
| „D” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében | 5.000 Ft/fő/év |
| „C” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében | 6.800 Ft/fő/év |
| „B” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében | 8.400 Ft/fő/év |
| „A” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében | 10.000 Ft/fő/év |
- II. A munkaügyi központ, valamint a szakképző intézmény által fizetendő díjak:
A munkaügyi központ, valamint a szakképző intézmény által beutalt személy
- | | |
|---|-------------------|
| 1. munkaköri alkalmassági vizsgálata a közhasznú munka előkészítése érdekében | 1.800 Ft/fő/ eset |
| 2. szakmai alkalmassági vizsgálata beiskolázás előkészítése érdekében | 2.500 Ft/fő/ eset |
| 3. szakmai alkalmassági vizsgálata munkaközvetítés előkészítése érdekében | 2.800 Ft/fő/ eset |
- III. A települési önkormányzat által a rendelkezésre állási támogatásra jogosultak közcélú foglalkoztatása esetén a beutalt személy munkaköri alkalmassági vizsgálatának díja (eltérő megállapodás hiányában)
- | | |
|--|-------------------|
| | 1.900 Ft/fő/ eset |
|--|-------------------|

Foglalkozás-egészségügyi alapellátás által kért kiegészítő vizsgálatok díja az alapellátókkal illetve a munkáltatókkal kötött szerződésben rögzítettek alapján történik.

A szolgáltató a **foglalkozás-egészségügyi szerződésben álló munkáltatókkal** (megbízó) a munkaköri alkalmassági vizsgálatokhoz kapcsolódó:

- OEP által nem finanszírozott foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások részeként kezdeményezett **további kiegészítő szakorvosi vizsgálatokról** - az OEP aktuális járóbeteg-szakellátási finanszírozására vonatkozó - **WHO pont szerinti forint érték** alapján részletes számlát állít ki a munkáltató (megbízó) részére.

A szolgáltató a **foglalkozás-egészségügyi szerződésben nem álló munkáltatókkal** (megbízó) a munkaköri alkalmassági vizsgálatokhoz kapcsolódó:

- OEP által nem finanszírozott foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások részeként kezdeményezett **további kiegészítő szakorvosi vizsgálatokról** - a térítési szabályzatban rögzített (T/1. számú melléklet) - **teljes térítési díj** alapján részletes számlát állít ki a munkáltató (megbízó) részére (Pl.: **tüdőszűrés, légzésfunkció, klinikai audiológia, szemészeti vizsgálat, stb.**)

A szolgáltatóval **saját alkalmazásában álló munkavállalói** részére a munkaköri alkalmasság elbírálásához - a foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások részeként kezdeményezett - **további kiegészítő szakorvosi vizsgálatok** (járóbeteg-ellátások) **díja ingyenes** (pl.: **tüdőszűrés, légzésfunkció, klinikai audiológia, szemészeti vizsgálat, stb.**)

4.1.4. A teljes térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendeletben meghatározottak az irányadók.

1. Lőfegyvert munkakörükből eredően tartani szándékozó, illetve tartó személyek (I. csoport) lőfegyvertartására való egészségi alkalmasságának pszichológiai vizsgálata
 - a) első fokon 6 800 Ft
 - b) másodfokon 11 300 Ft
2. Lőfegyvert tartani szándékozó, illetve tartó személyek (II. csoport) lőfegyvertartására való
 - a) orvosi alkalmassági vizsgálat
 - aa) első fokon 6 800 Ft
 - ab) másodfokon 11 300 Ft
 - b) pszichológiai alkalmassági vizsgálat
 - ba) első fokon 6 800 Ft
 - bb) másodfokon 11 300 Ft
3. Gépjármű-vezetői, belvízi hajózási szolgálati és belvízi kedvtelési célú vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálat, III. és IV. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők időszakos és soron kívüli alkalmassági vizsgálata
járművezetői alkalmassági vizsgálatok annak részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások díjtételeinek megállapítása a T/ 1.sz. melléklet alapján történik.
 - a) ha 40. életévét még nem töltötte be:
 - aa) első fokon 6 800 Ft
 - ab) másodfokon 10 100 Ft
 - b) ha 40. életévét betöltötte, de a 60. életévét még nem érte el:
 - bb) első fokon 4 500 Ft
 - bb) másodfokon 6 800 Ft
 - c) ha a 60. életévét betöltötte:

ca) első fokon	2 300 Ft
cb) másodfokon	4 500 Ft
4. Alkohol szintjének kimutatása érdekében végzett vér- és vizeletvétel	4 500 Ft
5. Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vizsgálat: a)vérből	3 000 Ft
b)vizeletből	1 500 Ft
6. Láttelelet kiadása	3 300 Ft
7. Részeg személy detoxikálása	6 800 Ft
8. Kábítószer hatása alatt álló személy akut ellátása	6 800 Ft
9. Tengeri hajózási egészségi alkalmassági vizsgálat	
a) tengeri hajózási szolgálatot teljesítő személy alkalmassági vizsgálat	
aa) az egészségi alkalmasság első vizsgálat	18 000 Ft
ab) az egészségi alkalmasság időszakos vizsgálat	14 600 Ft
ac) az egészségi alkalmasság soron kívüli vizsgálat	12 400 Ft
b) I. és II. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők alkalmassági vizsgálat	
ba) az egészségi alkalmasság első vizsgálat	11 300 Ft
bb) az egészségi alkalmasság időszakos vizsgálat	9 100 Ft
bc) az egészségi alkalmasság soron kívüli vizsgálat	6 800 Ft
c) III. és IV.osztály tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők 1. alkalmassági vizsgálat	9 100 Ft
10. Külön jogszabály által elrendelt orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés , kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre való jogosultság megállapítása céljából kerül sor	6 800 Ft
11. Hivatásos sportolók sportegészségügyi szakvizsgálat	9 100 Ft
12. Hivatásos sportolók további sportegészségügyi szakvizsgálatának díj megállapítása, az adott ellátásnak (vizsgálatoknak) a közfinanszírozásban érvényesíthető díja: WHO pont x aktuális pont Ft-érték	
13. Repülő-egészségügyi alkalmassági vizsgálat	
a) 1. egészségügyi osztály	
aa) első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti v. teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	26 900 Ft
ab) időszakos vizsgálat	15 100 Ft
b) 2. egészségügyi osztály	
ba) első, illetve kibővített (terheléses EKG vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	12 900 Ft
bb) időszakos vizsgálat	8 600 Ft
c) 3. egészségügyi osztály	
ca) első, illetve kibővített (terheléses EKG, teljes körű szemészeti v. teljes körű fül-orr-gégészeti vizsgálatra is kiterjedő) vizsgálat	26 900 Ft
cb) időszakos vizsgálat	15 100 Ft
14. Az a mellkas-szűrővizsgálat (tüdőszűrés), melynek igénybevételére nem az eü. hatóság (ANTSZ) által külön jogszabály szerint kötelezően elrendelt szűrővizsgálat keretében, vagy nem a külön közfinanszírozásban jogszabály szerinti korhoz kötött szűrővizsgálat keretében kerül sor. érvényesíthető díja.	A mellkas-szűrővizsgálat
15. A foglalkoztathatóságának szakvéleményezése	3 100 Ft/fő/ eset

4.2. Egészségbiztosító által nem finanszírozott egyéb egészségügyi ellátások

A Térítési Szabályzat jelen fejezete tartalmazza a következő orvos-szakmailag ajánlott vizsgálatokat melyek az E.Alap terhére nem vehető igénybe.

- orvos-szakmailag ajánlott vizsgálatok:- toxoplazma vizsgálat

A terhesek kötelező vizsgálatként nem előírt, de szakmailag ajánlott toxoplazma vizsgálatot a terhes kérésére végezzük.

Térítési díj:

5.000 Ft/vizsgálat.

- terhes UH: a kötelező vizsgálaton felüli terhes UH vizsgálatok

Kismamák részére, nem kötelezően előírt ultrahang-vizsgálatok és ehhez kapcsolódó szolgáltatások térítési díjai:

A nem orvosi indikációra - kötelezően előírt vizsgálaton felül - történő ultrahangos terhességi vizsgálatok, illetve az ehhez kapcsolódó szolgáltatások teljes térítési díj ellenében igényelhetők a szülészeti-nőgyógyászat ultrahangos laborjában. Az OEP által nem finanszírozott vizsgálatok és szolgáltatások térítési díjai:

OENO (3617E):	4.600 Ft
Fénykép (2D-s):	1.000 Ft/db
Fénykép (3D-s):	2.000 Ft/db

- újszülöttkori UH,

A biztosított teljes térítési díj ellenében igényelheti az újszülöttkori koponya és hasi ultrahang szűréseket (OEP által nem finanszírozott szűrés).

Térítési díjak:

Koponya UH térítési díja:	3.000Ft/szűrés
Hasi UH térítési díja:	3.000Ft/szűrés
Koponya + Hasi UH együttes térítési díja:	5.000Ft/szűrés

- többletköltséggel járó szolgáltatások díja: tényleges és finanszírozott implantátum ár közti különbözet díja

Eljárás rendje:

1. Az ellátó munkahely tájékoztatja a biztosítottat a fizetési kötelezettségről és a díj összegéről.
2. Az ellátó munkahely a vizsgálatokról a T/5.sz. nyomtatványt (Sanitas, Egyéb dokumentációból nyomtatható) kitölti, a biztosítottat (kísérőjét) a Nyomtatvánnyal az Intézet pénztárba küldi, ahol számla ellenében a díjat befizeti.
3. A befizetést követően a biztosított ellátható.

Amennyiben a vizsgálatot (pl. véralkohol) hatósági szerv kéri, a Nyomtatványt megküldeni a Pénzügyi osztályra, ahonnan számlázásra kerül.

Dokumentálás az informatikai rendszerben:

Térítési kategória: 4-es

4.3. Részleges térítés ellenében igénybe vehető szolgáltatások

A biztosított által a 23. § *b), d)* és *e)* pontja alapján fizetendő részleges térítési díj mértéke az OEP finanszírozás összegének a 30 százaléka és a külön jogszabályban meghatározott összeget 100.000,- Ft nem haladhatja meg, az egészségbiztosító felé elszámolható.

Térítési díjak az Ebtv 23. §-ban meghatározottak szerint:

- 4.3.1. Orvosválasztás: az OEP finanszírozás összegének a 30 százaléka maximum 100.000,- Ft.(a terhesgondozás és a szülészeti ellátások kivételével) **jogcímkód =A**

Az orvosválasztás akkor érvényes, ha azt írásba foglalják (orvosválasztási nyilatkozat) és annak 3 példányát a biztosított, valamint a választott orvos kézjegyével ellátta.

Az orvosválasztási nyilatkozatban meg kell határozni a kapcsolattartás módját, a választott orvos közreműködésével nyújtott ellátás igénybevételének rendjét, az orvosválasztásért fizetendő részleges térítési díj mértékét és várható összegét a nyilatkozatban foglaltak módosítására és visszavonására vonatkozó rendelkezéseket.

Az aláírt orvosválasztási nyilatkozat egy példánya a biztosított egészségügyi dokumentációjának részét képezi, egy-egy példányát pedig az azt aláíró biztosított és a választott orvos kapja.

Az egészségügyi szolgáltatónak jól látható helyre ki kell függesztenie az orvosválasztás lehetőségéről szóló tájékoztatót, melynek tartalmaznia kell az orvosválasztásért fizetendő részleges térítési díj mértékét is.

- 4.3.2. Kizárólag beutalóval igénybe vehető fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás **beutaló nélküli** igénybevétele: az OEP finanszírozás összegének a 30 százaléka maximum 100.000,- Ft. Kivétel sürgős szükség esete. **jogcímkód = B**

A beutaló nélkül érkező beteg ellátása nem zavarhatja meg az előjegyzés alapján ellátásra várakozó betegek időben történő ellátását,

- 4.3.3. Az ellátásnak nem a beutalás szerinti egészségügyi szolgáltatónál történő igénybevétele: az OEP finanszírozás összegének a 30 százaléka maximum 100.000,- Ft. **jogcímkód =C**

Beutalási rendtől eltérő egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor fizetett díjak.

a) aktív minősítésű osztályon	
aa) a felvételre jelentkezőkor	6000 Ft
ab) az ellátás időtartamára	800 Ft /nap
b) krónikus minősítésű osztályon	
ba) a felvételre jelentkezőkor	6000 Ft
c) ápolási osztályon	
a felvételre jelentkezőkor	6000 Ft

4.3.4. Az intézményi lehetőségekhez mérten a beteg egyéni igénye szerinti étkezést kérhet. Térítési díj összege: az intézeti nyersanyagnorma (jelenleg 550 Ft+ÁFA/nap) és a többlet-nyersanyagköltség különbözetét kell elszámolni.

4.3.5. Az egészségi állapot által nem indokolt, magasabb színvonalú (V.I.P.) elhelyezésért a szolgáltató naponkénti térítési díjat határoz meg.

4.3.6. A beteg jogosult 23/A. § alapján saját kezdeményezésére a fekvőbeteg-
gyógyintézeti ellátás eljárási rendjétől eltérő tartalommal, többletköltséget okozó
ellátás igénybevételére, az ebből eredő többlet ápolási idő figyelembevételével,
valamint igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra is. Az ápolási naponkénti díj
kiszámlázása az ellátott részére előre meghatározott és rögzített díjon történik.

A finanszírozott egészségügyi szolgáltató a biztosítottól akkor kérhet külön térítési
díjat az ellátás során, amennyiben az ellátás finanszírozási, terápiás illetve ellátási
rendtől eltérő igénybevétele, egyéni igényei szerinti étkezés, vagy magasabb
színvonalú elhelyezés okán, ha:

- a biztosított az egészségügyi szolgáltatónál az ellátást a többletszolgáltatás nélkül is
igénybe vehetné, és

- az egészségügyi szolgáltató a többletszolgáltatás nyújtása mellett a finanszírozási
szerződése szerinti kapacitáson folyamatosan és teljes körűen tud ellátást nyújtani.

Ezen szolgáltatások részleges térítési díját a szolgáltató állapítja meg azzal, hogy ez
nem tartalmazhat az ellátással kapcsolatban olyan beavatkozásra számított díjat,
amelyet a biztosított térítésmentesen jogosult igénybe venni (Ebtv.24§ (1)). A
megállapításnál figyelembe kell venni az Ebtv. 25§ (5) bekezdésében foglalt
előírásokat is.

**Az Ebtv. 23/A. § c) pontja alapján az ápolási osztályon orvosi beutalás alapján
történő elhelyezés és ápolás esetén a részleges térítési díj 600 Ft/nap.**

**A krónikus fekvőbeteg-ellátásban ápolási díjjal finanszírozott biztosított után a
részleges térítési díj 600 Ft/nap.**

4.3.7. Egyéb kényelmi szolgáltatások biztosítása a lehetőségek függvényében,
meghatározott díj megtérítése mellett lehetséges (Ebtv.23/A§ (b)).

**Intézményünkben az Ápolási osztály kiegészítő szolgáltatásainak napi térítési díja,
amennyiben orvosi beutalás alapján történik az elhelyezés.**

1. A felvétel kezdő napjától számítottan **400 Ft/nap**

Az ápolási megállapodást 6 hónapi ápolási idő lejártát követően, amennyiben az ápolat
további **ellátást igényel**, akkor - az osztály kapacitását figyelembe véve- újra meg kell
kötni és aktualizálni az akkor érvényes finanszírozási jogszabály alapján.

**Intézményünkben a Krónikus osztály kiegészítő szolgáltatásainak napi térítési
díja, amennyiben orvosi beutalás alapján történik az elhelyezés.**

2. A felvétel kezdő napjától számítottan **400 Ft/nap**

4.3.8. Az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében foglalt esetekben
szanatóriumi ellátásra; jogcímkód =G

4.3.9. A **külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásra**, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél. A részleges térítési díj mértéke annak az ellátási összegnek a **90 százaléká**, amely az OEP felé elszámolható. **jocímkód =H**

A részleges térítési díjat külön jogszabály állapítja meg a 23. § a), c), i) és k) pontjában foglalt ellátások tekintetében.

Eljárás rendje:

1. Felvételtkor / Ambuláns ellátáskor

- a Betegfelvételi iroda (illetve a felvevő osztály) tájékoztatja a beteget a fizetési kötelezettségéről;
- a beteg a „beteg dokumentációba” aláírásával jelzi a saját kezdeményezésre igényelt kiegészítő szolgáltatást.

2. Távozáskor

- az osztály a beteg dokumentációba rögzítetek alapján a számlán a rá vonatkozó részét kitölti, és a beteget Nyomtatvánnyal együtt leküldi az Intézeti Pénztárba, ahol a részleges térítési díjat számla ellenében befizeti.

Dokumentálás az informatikai rendszerben:

A beteg ellátásának dokumentálása - mivel biztosított, így csak részleges térítési díjat fizet - az informatikai rendszerben: **A térítési kategória: „R”, ha a jocímkód =A,B,C,G,H és az összeg rész a megfelelőek szerint rögzítendő.** Egyéb kiegészítő szolgáltatási díj fizetésnél a térítési kategória: „1”.

4.4. Intézeti hatáskörben megállapított térítési díjak

Járó és fekvőbeteg szakellátás esetén térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi ellátások:

- TAJ kártyával nem rendelkező magyar állampolgár, nem biztosított,
- 1408/71 EGK sz. rendelet hatálya alá tartozó külföldi állampolgár (ha Európai Egészségbiztosítási Kártya, Kártyahelyettesítő nyomtatvány, E 112 nyomtatványt) nem tudja biztosítását igazolni, ill. az olyan külföldi aki magán biztosítási igazolvánnyal rendelkezik,
- államközi egyezményes állampolgárai (ha útlevelét felmutatja), de **nem sürgős az ellátása,**
- **egyéb más külföldi állampolgár ellátása,**
- **Intézményünkkel szerződésben álló egészségpénztárak tagjainak kiegészítő szolgáltatás végzése.**

4.4.1. Járóbeteg-szakellátás

A térítési díj mértékét a **T/1. sz. melléklet** tartalmazza.

A mellékletben szereplő beavatkozások listája az elmúlt évek adataiból származtattuk.

A szabályzatban nem szereplő, beavatkozások térítési díjának számítása:

- adott beavatkozás **WHO pont** értéke x **5** szorzóval,

- ritka, nagy értékű beavatkozások térítési díját eseti, egyedi elbírálás alapján a kórház vezetősége állapítja meg.

Valamennyi járóbeteg-szakellátó egység **térítési díja nem tartalmazza** az ellátás során kért **diagnosztikai vizsgálatok értékét**.

Ezért a fizetendő térítési díj megállapítása során a **vizsgálat, illetve beavatkozás értékét növelni kell az elvégzett RTG, UH, szövettan, cytológiai, illetve labor, CT, MR vizsgálatok értékével**.

Minden olyan esetben, amikor a beavatkozáshoz olyan járulékos vizsgálat tartozik, amit az **Intézetünkön kívül végeznek** el (pl. labor, CT, MR), akkor **az érintett intézmény térítési szabályzatának megfelelő összeg az irányadó**, és ennek alapján számlázzuk a beavatkozás térítési díját.

4.4.2. Aktív fekvőbeteg szakellátás, egynapos sebészeti ellátás

A térítési díj mértéke a mindenkori GYÓGYINFOK besoroló által számított súlyszám forintérték 1,5-szerese.

Rövid ápolás esetén a teljes értékű HBCS súlyszám 1,5-szeres értékét **az alsó határnapal arányosított értéken kell alkalmazni** (a számolt értéket elosztva az alsó határnapal és szorozva az ellátás napjainak számával).

4.4.3. Krónikus minősítésű osztály térítési díjai

1. Krónikus belgyógyászati osztály a kórháznak az az egysége, amely finanszírozás módja szerint krónikus ellátásnak minősül, célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú.
2. Tüdőgyógyászati rehabilitációs osztály a kórháznak az az egysége, amelynek célja a tüdőgyógyászati megbetegedésben krónikusan szenvedők egészségi állapotának stabilizálása, helyreállítása. Az ellátás időtartama Intézményünkben átlagosan 3 heti turnusos időtartamú.

A térítési díj mértéke a mindenkori - EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI SZERV-el kötött - szerződésben rögzített súlyozási szorzószámok alkalmazásával, jogszabályban meghatározott napidíj összeggel és ápolási nappal számított forintérték 2-szerese.

4.4.4. Ápolási osztály térítési díja

A térítési díj mértéke a mindenkori - EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI SZERV-el kötött - szerződésben rögzített súlyozási szorzószámok alkalmazásával, jogszabályban meghatározott napidíj összeggel és ápolási nappal számított forintérték 2-szerese.

Eljárás rendje:

1. Felvételnél / Ambuláns ellátáskor

- a Betegfelvételi iroda (illetve a felvevő osztály) tájékoztatja a beteget a fizetési kötelezettségéről;
- a beteg a „Kötelezettségvállalási nyilatkozat” 5.sz.. nyomtatvány (Sanitas, Egyéb dokumentációból nyomtatható) aláírását követően vehető fel az osztályra.

2. Távozáskor

- az osztály a T/5. sz. Nyomtatvány (Sanitas, Egyéb dokumentációból nyomtatható) rá vonatkozó részét kitölti, és a beteget Nyomtatvánnyal együtt leküldi az Intézeti Pénztárba, ahol a térítési díjat számla ellenében befizeti.

Dokumentálás az informatikai rendszerben:

4 – es térítési kategória.

4.4.5. Intézményünkkel szerződésben álló egészségpénztárak tagjainak kiegészítő szolgáltatás végzése a felsoroltak értelmében:

Az egészségpénztárak az Öpt. 51/A. §-ában foglalt kiegészítő egészségbiztosítási, valamint életmódjavító egészségpénztári szolgáltatásként a pénztártagok, illetve rendelkezésük alapján közeli hozzátartozók részére az Eör. 5. § (2)-(18) bekezdésében meghatározott, az OEP által nem, vagy csak részben finanszírozott szolgáltatásokat nyújthatják.

Intézményünkben az alábbi szolgáltatásokat nyújtjuk:

- a.) Társadalombiztosítási ellátás keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások kiegészítése, vagy helyettesítése (pl.: hotelszolgáltatás)
- b.) Gyógyterápiás kezelések: gyógytorna, fizioterápiás kezelések,
- c.) Gyógyterápiás intézet egészségügyi szolgáltatása: gyógybarlang (barlangterápiás intézet) egészségügyi szolgáltatása,
- d.) Állapotfelmérő vizsgálatok,
- e.) Orvosi javaslatra igénybe vett szűrővizsgálatok (méhnyakrák szűrés, emlőrák szűrés, vastagbélrák szűrés, prosztatarák szűrés, mozgásszervi szűrés, mentális zavarok korai felismerését célzó szűrés.
- f.) Az egészségpénztár egészségügyi célú önszegélyező feladatának ellátása körében nyújtott szolgáltatásai:
 - TB támogatással rendelhető, illetve kölcsönözhető gyógyászati segédeszközökről, a támogatás összegéről és mértékéről szóló jogszabályban meghatározott gyógyászati segédeszközök megvásárlásának, kölcsönzésének támogatása, a TB által nem finanszírozott részre, vagy e támogatás igénybevétele nélküli megvásárlásának támogatása.

A beavatkozások térítési díjának számítása:

- *Járóbeteg-ellátás:* adott beavatkozás **WHO pont** értéke x 5 szorzóval,
- *Fekvőbeteg-ellátás:* ugyanaz, mint a **4.4.2.- 4.4.4. pontban** leírtak.

Ritkán előforduló, nagy értékű beavatkozások térítési díját eseti, **egyedi elbírálás** alapján a kórház vezetősége állapítja meg.

Az egészségpénztári tagok (hozzátartozóik) részére nyújtott szolgáltatások mindenkorai térítési díjából az egészségpénztári szerződések fennállása alatt 10% árkedvezményt nyújtunk!

A szolgáltatás megkezdése előtt a pénztártagtól el kell kérni a pénztári Kártyáját és személy azonosságát igazoló okmányát (pl. személyi igazolvány, útlevél), így ellenőrzi, hogy a kártyát a használatra jogosult személy használja-e.
Nagy értékű beavatkozás esetén, a Szolgáltató képviselője által ellenőriztetni kell az adott pénztárnál a fedezet meglétét.

4.5. Egyéb, az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások

A Magyar Köztársaság területén tartózkodó személy elhalálását követően a **halottvizsgálat**, illetve a halottakkal kapcsolatos **orvosi eljárásokkal** összefüggő ellátások (pl. kórbonctani vizsgálat). (Eütv 142. § ab.) (3) e.) pontja). A központi költségvetés terhére történik, térítésmentesen.

4.5.1. Halott-kezelés és hűtés

A temetőkről és temetkezésekről szóló 1999. évi XLIII. törvény 25. §-a szerint az egészségügyi intézményben végzett halott-kezelés nem része a temetkezési szolgáltatásnak. Az **Eütv. 222/A. §** az egészségügyi intézményben végezhető, temetkezési szolgáltatásnak nem minősülő halott-kezelési tevékenység a holttest hűtése azt a naptári napot követő naptól, amely naptári napon a holttest eltemetésére a temetésre kötelezett engedélyt kapott,

A halott-kezeléshez kapcsolódó tevékenységek díjtételei:

- A halotthűtési tevékenység ellenértéke a halottvizsgálati bizonyítvány kiállításától számított **72 óra időtartamra:** 7.000 Ft/fő
- Halotthűtés 72 órán túl minden megkezdett 24 óra után: 3.500 Ft/nap
- Halottkezelési tevékenységek
- mosdatás: 600 Ft/fő
- halottöltöztetés (hozott ruházat, illetve egyéb): 2.500 – 4.000 Ft/ fő

Eljárás rendje:

1. Pénztári nyitva tartás esetén a befizetés az Intézeti Pénztárába történik.
2. Pénztári nyitvatartási időn kívül a Pathológiai Osztály megbízott munkatársa veszi át a térítési díjat, melyről nyugtát ad. (A Pathológiai Osztály munkatársa a Pénztárral minden munkanap köteles elszámolni!)

A halott elszállítására – amennyiben térítési díj fizetésére kötelező helyzet áll fenn – csak a befizetés után kerülhet sor.

4.5.2. Betegdokumentáció másolat kiadás

Az 1997.évi CLIV. törvény 24. §. (3) bekezdés c. pontja alapján a beteg jogosult „az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról saját költségére másolatot kapni”.

Más személy részére a betekintés, másolat kiadás a törvény 24.§. (6),(7),(8) bekezdésében foglaltak szigorú betartása mellett történhet.

A betegdokumentáció másolat kiadás eljárási rendjét a Tapolcai Kórház Egészségügyi Nonprofit Kft. Adatvédelmi Szabályzata tartalmazza, mely minden szervezeti egység adatvédelmi felelősénél rendelkezésre áll.

A törvény értelmében tehát a betegdokumentációba történő betekintés térítésmentes, a másolatok kiadása térítésköteles.

Betegdokumentáció másolat kiadási díjai

1. Papíralapú dokumentáció

Zárójelentés másolat 2.500.- Ft

Teljes kórlap másolat 5.000.- Ft

Kórlap kivonat 2 oldalig 2.500.- Ft

Kórlap kivonat 5 oldalig 3.500.- Ft

Intézeti irattárban őrzött irat alapján kiállított tény, körülményt igazoló irat

kiadása (pl.: születési időpont igazolás) 1.500.- Ft

Könyvtári anyagból készített másolat oldalanként 100.- Ft

2. Eredeti röntgenfelvétel kiadása esetén a visszaszolgáltatási biztosíték 1.500- Ft

Ezt az összeget a felvétel visszajuttatásakor visszafizetjük. (Nem térítési díj!)

Eljárás rendje:

1. Másolatok kiadására csak az Intézeti Adatvédelmi Felelős engedélyezését követően kerülhet sor.
2. Az érintett ellátó osztály tájékoztatja a díj mértékéről, majd az engedélyezés igazolása valamint a díj befizetése (Intézeti Pénztárba történik számla ellenében) után lehet a másolatot kiadni.

4.6. Egyéb, az egészségügyi ellátáshoz nem kapcsolódó szolgáltatások

4.6.1. Élelmezés által előállított élelem térítési díjai

Dolgozói ebéd

350,-Ft/adag,

Dolgozói diétás ebéd	400,-Ft/adag,
Vendég ebéd	550,-Ft/adag,
Vendég diétás ebéd	650,-Ft/adag,
Kereskedelmi értékesítés eseti kalkuláció szerint.	

Érvényes: visszavonásig.

A dolgozói ebéd térítési díját a Társaság havonta, a munkavállaló mellékelt NYILATKOZAT-a alapján munkabéréből levonja az idevonatkozó adójogszabályok figyelembe vételével.

4.6.2. Intézeti parkolás térítési díjai

Az Intézet meghatározott területén parkoló gépjárművek, a biztonsági szolgálat által kiadott igazolás alapján parkolhat térítési díj ellenében. Amennyiben ezen igazolás hiányában veszi igénybe az Intézet területét parkolás céljából, akkor szabálysértést követ el és elszállításra kerül a gépjármű tulajdonos költségén.

Parkolási díjak:

Ambuláns ellátásra gépjárművel érkező esetén: 300 Ft/óra a felette levő órák díja + 100 Ft.
Bent fekvő ellátásban részesülő esetén, az itt parkoló gépjármű parkolási díja: 250 Ft/nap.

A dolgozók gépjárműjének parkolása a kiadott parkoló kártya ellenében történik.

4.6.3. Intézeti egyéb térítési díjak

Az egészségügyi ellátásban részesülők itt tartózkodásuk alatt, az ellátáshoz nem tartozó egyéb költségének díjai.

Saját TV használatának díja:	100 Ft/nap
Mosógép használatának díja:	450 Ft/ 2óra.

5. Pénzügyi teljesítés

Térítésköteles ellátások esetében a szervezeti egységen lévő készpénzfizetési számla kitöltésével történik a díj kifizettetése.

A készpénzfizetési számlatömb szigorú számadású nyomtatvány. Hárompéldányos és számozott oldalakat tartalmaz. Elvesztése, eltűnése azonnal jelentendő a Pénzügyi osztályon. A tömbben a számozott számla mindhárom példánya kitöltendő, önindigós, de figyelni kell a nyomtatott nagybetűkkel írt, olvasható, pontos kitöltésre.

Számla pontos kitöltése szükséges, tartalmazza:
- az egészségügyi szolgáltató megnevezése, címe,

- az egészségügyi szolgáltatást igénybevevő nevét, azonosító száma (pl. születési dátum), lakcímét, (külföldi esetében ország megnevezése),
- térítési szabályzat szerinti szolgáltatások megnevezése és térítési díja,
- számla kitöltésének, teljesítésének és fizetésének dátuma,
- fizetés módja
- orvos aláírása, pecsétje,
- ellátott aláírása, mellyel elismeri a fizetendő térítési díjat.

Amennyiben a szolgáltatás ellenértékét nem az ellátott fizeti, a számlát akkor is az ellátott nevére kell kitölteni, viszont aláírója lehet a fizető személy, feltüntetve eltérő aláírás jelzésével.

- A számla első példánya az ellátotté,
- második a Pénzügyi osztály példánya, amit a pénztárba kell leadni a fizetett térítési díj összegével együtt,
 - a harmadik, az ellátó részleg példánya a tömbben marad.

Az **egészségpénztári tag részére kiállított készpénzfizetési számla** tartalmi követelményei:

Az egészségpénztár csak az egészségpénztári szolgáltató (Kórházunk) által a **pénztár nevére kiállított**, a számviteli törvény előírásainak megfelelő általános alaki kellékekkel ellátott -mely tartalmazza a termék (szolgáltatás) megnevezését is- számla ellenében teljesíti a kifizetést.

A számlán fel kell tüntetni az **igénybe vevő pénztártag (közeli hozzátartozó) nevét és pénztári azonosítóját, vagy tagsági okiratszámát.**

A kiállított számlát, készpénzfizetés ellenében lehet átadni a szolgáltatás igénybevevőjének.

Az Egészségpénztár a hiányosan kiállított számlát visszaküldi (Szolgáltatónak), aki kötelezettséget vállal annak javítására, vagy sztorizálására és új számla kiállítására, melyet 10 munkanapon belül az Egészségpénztár részére megküld.

5.1. A térítési díj befizetésének formája

A fizetendő térítési díjak magyar forintban (HUF) értendők.

Készpénzben **az ellátást végző szervezeti egységnél, az ellátás megkezdése előtt, illetve sürgős szükség esetén az ellátás után.**

A szervezeti egység készpénz-kezeléssel megbízott munkatársa pénztári nyitva tartás ideje alatt beszedett térítési díjat a számla másodpéldányával együtt 24 órán belül befizeti az intézmény házipénztárába.

5.2. A pénzkezelés egyéb feltételei

A készpénzfizetési számla kitöltéséért akár személyesen végzi, akár utasításával asszisztense útján – minden esetben **az orvos felelős**. Ellenőrzési kötelezettségét pecsétje elhelyezésekor minden alkalommal gyakorolni köteles.

A Pénzügyi osztály felé akár az orvos, akár az általa megbízott asszisztens elszámolhat. Szabadság, vagy egyéb távolléti ok esetén aktuálisan, helyettesítő személy megjelölhető. A készpénzfizetési számla tömb igénylése, a betelt nyomtatványok leadása a Pénztárban történik.

Pénztári órák: hétfőtől péntekig 8 - 14 óráig

6. Hatálybalépés

- 1.) Jelen szabályzat a jóváhagyás napján lép életbe.
- 2.) Hatályba lépésével egyidejűleg a korábban e tárgyban kiadott szabályzatok és utasítások hatályukat veszítik.
- 3.) A térítési díjak számításához a teljesítmények megállapítása (WHO pont, HBCS) a mindenkori hatályos jogszabályok, s a vonatkozó szabályok alapján történik.
- 4.) A térítési díjak évente felülvizsgálandók, minimum az infláció mértékével megemelésre kerülnek.
- 5.) A szabályzat szerinti térítési díjaktól speciális, egyedi esetekben az Ügyvezető igazgató és a Gazdasági igazgató - a beteg írásos kérelmének felülvizsgálata után- eltérhet, a térítési díjat mérsékelheti, illetve dönthet annak teljes mértékű elengedéséről.
- 6.) Jelen szabályzat 4. foglaltakban a jogszabályilag meghatározott részleges illetve teljes térítési díjak összege a jogszabályváltozást követően módosításra kerülnek.
- 7.) Továbbá azok a térítési díjak, amely az intézet saját hatáskörében meghatározott és rögzítettetek, a Tapolcai Önkormányzati Közgyűlés jóváhagyásával módosítható.

E Térítési Szabályzat hatálybalépésekor a megelőző Térítési Szabályzat hatályát veszti.

Tapolca, 2011.01.01.

Dr. Flórián Csaba
ügyvezető igazgató

Sin József
gazdasági igazgató

MEGISMERÉSI ZÁRADÉK

A szabályzatban foglaltakat megismertem. Tudomásul veszem, hogy az abban foglaltakat a munkavégzésem során kötelesek vagyok betartani.

SIN JÓZSEF GAZDASÁGI IGAZGATÓ

DR. MOHOS GYÖRGY OSZT.VEZ.FŐORVOS ORVOS-IGAZGATÓ

DR. SZIPŐCS ISTVÁN OSZT.VEZ. FŐORVOS

KÁZSMÉR ISTVÁNNÉ OSZT VEZ. FŐNŐVÉR

SZÜCS PAULINA OSZT. VEZ.ÁPOLÓNŐ

DR. KOLLÁT ILDIKÓ OSZT.VEZ.

PIMPER ISTVÁNNÉ VEZ.ASSZ.

DR. SZILÁGYI GIZELLA FŐORVOS

BOGDÁN ISTVÁNNÉ OSZT. VEZ. FŐNŐVÉR

HÁRSEA GYULÁNÉ OSZ. VEZ. FŐNŐVÉR, ÁPOLÁSI IGAZGATÓ

NÉMETHNÉ LETT ILDIKÓ VEZ. ASSZ.

SZARKA ZSOLTNÉ KÓRHÁZ HIGIÉNÉS FELÜGYELŐ

HORVÁTH MAGDOLNA

Tapolca, 2011.01.01.

Dr. Flórián Csaba
Ügyvezető igazgató