



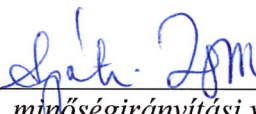
E példány sorszáma:

EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZATA

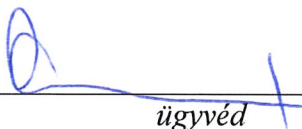
Készítette: Dr. Ivády Vilmos


gazdasági igazgató

Átvizsgáló: Apáti Zsuzsanna


minőségirányítási vezető

Ellenjegyző: Dr. Szőnyi-Molnár László

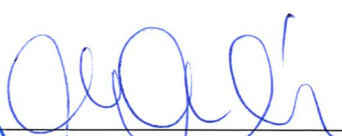

ügyvéd

Intézmény vezetője: Dr. Ficzer Andrea


főigazgató

Jóváhagyta: Állami Egészségügyi Ellátó Központ

2017. március 23.


Dr. Gondos Miklós
térsvégi igazgató



Módosítások/Kiadás	
Dátuma	Leírása
2001.02.01	első kiadás
2015.05.04.	átfogó módosítás
2016.10.01.	átfogó módosítás

Tartalomjegyzék

1.	A SZABÁLYZAT CÉLJA	3
2.	HIVATKOZÁSOK	3
3.	ALKALMAZÁSI TERÜLET	4
4.	TARTALMA	8
4.1.	Térítési díj fizetésére kötelezettek köre és térítéses szolgáltatások...	8
4.1.1	Társadalombiztosítás terhére történő ellátáshoz társadalombiztosítási jogviszony ellenőrzés	8
4.1.2	Térítésköteles ellátások.....	9
4.1.3	Biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül igénybe vehető ellátások.....	11
4.1.4.	Sürgős szükség.....	11
4.2.	A térítési díj fizetésére kötelezett személyekkel és ellátásokkal kapcsolatos szabályok.....	13
	Térítési díjak	13
	A térítési díj fizetésének szabályai	17
4.3.	Térítési díjak méltányossági kedvezménye	18
5.	HATÁLYBALÉPÉS, KIFÜGGESZTÉS	18
6.	KAPCSOLÓDÓ MELLÉKLETEK	18

1. A SZABÁLYZAT CÉLJA

A szabályzat célja az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban NEAK) finanszírozás keretében nem elszámolható betegellátási szolgáltatások díjtételeinek, valamint a fizetési kötelezettséggel érintettek meghatározása.

Az Uzsoki Kórház betegellátási szerződéssel rendelkezik az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral. A szerződés keretében a sürgősségi, az általános járó- és fekvőbeteg ellátás a jogszabályi előírásoknak megfelelően teljes körűen finanszírozásra kerülnek. Ennek szabályozása, díjtétele, elszámolása, számlázása a mindenkor hatályos jogszabályoknak megfelelően történik.

2. HIVATKOZÁSOK

- 1997. évi CLIV. sz. törvény az egészségügyről (Eütv.)
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. sz. törvény (Ebtv.)
- Ebtv. végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Kormányrendelet
- az 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről
- az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályozásáról szóló 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet
- 284/1997. (XII.23.) Kormányrendelet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjairól
- a nem gyógyító célú kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott szolgáltatásokról szóló 46/1997. (XII. 17.) NM rendelet, a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról
- menedékjogról szóló 2007. évi LXXX. törvény hatálya alá eső külföldiek ellátásáról és támogatásáról szóló 301/2007. (XI.9.) Kormányrendelet.
- 59/2007. (XII. 29.) EüM rendelet a határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról
- 48/1997.(XII. 17.) NM rendelet kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető fogászati ellátásról
- 87/2004. (X.4.) ESZCSM rendelet Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól
- a Magyar Köztársasággal egészségügyi ellátásra vonatkozó egyezményt kötött államokból és az EGT tagállamaiból érkező személyek egészségügyi ellátásáról a 1408/71 EGK rendelet és az 883/2004 EK rendelet, 987/2009/EK rendelet
- 17/1984. (III. 27.) MT rendelet, 14/1975. (V. 14.) MT rendelet, 47/1978. (X. 4.) MT rendelet, 15/1981. (V. 23.) MT rendelet, 29/1974. (VII. 10.) MT rendelet, 33/1979. (X. 14.) MT rendelet, 1969. évi 16. törvényerejű rendelet, 1959. évi 20. törvényerejű rendelet, 1963. évi 16. törvényerejű rendelet, 1968. évi 26. törvényerejű rendelet

- 2009. évi II. törvény, 2013. évi CCXXXIV. törvény.
- 96/2003. (VII. 15.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról
- 2011/24/EU irányelv

3. ALKALMAZÁSI TERÜLET

Az Uzsoki Utcai Kórház Szervezeti és Működési Szabályzatában szereplő valamennyi betegellátást végző fekvő- és járóbeteg ellátó, diagnosztikai munkahelye, valamint egyéb szervezeti egysége. A jelen Szabályzat kihirdetését követően valamennyi intézményi közalkalmazott, illetve az intézménnyel egyéb jogviszony alapján szerződésben levő személy, a Szabályzatban írottak szerint köteles eljárni térítésköteles szolgáltatás végzése, illetve annak bizonylatolása, adminisztrálása során.

Ezen Szabályzat hatályba lépésével egy időben a Szabályzat tárgyával kapcsolatos összes korábbi belső szabályozás hatályát veszti.

A Szabályzat tárgyi hatálya kiterjed minden

- nem biztosított magyar állampolgárra és NEAK társadalombiztosítási jogviszonnyal nem rendelkező külföldi állampolgárra,
- magyar és külföldi állampolgárra, amennyiben a kötelező egészségbiztosítási ellátásai keretében igénybe nem vehető egészségügyi ellátást, szolgáltatást vesz igénybe,

Külföldi állampolgárok biztosítási jogcímei

Magyarországon munkát vállaló külföldiek

A munkavállalás céljából Magyarországra érkező külföldi állampolgár főszabály szerint a Magyarországon belföldinek minősülő munkáltatóval fennálló munkaviszonya kezdetétől biztosítottnak számít, utána a munkáltató járulékot fizet. Ennek alapján jogosultságot szerez az egészségbiztosítás valamennyi ellátására, melyet az illetékes egészségbiztosítási szerv által legfeljebb 24 hónapra kiadható az A1 jelű nyomtatvánnyal igazol. A korábban kiadott E 101 jelű igazolások a rajtuk feltüntetett érvényességi idő végéig érvényesek maradnak, de egy E 101 jelű igazolást meghosszabbítani csak A1 jelű igazolással lehet.

Eltartott közeli hozzátartozó és élettárs

Egészségügyi szolgáltatásokra jogosult a biztosított személy eltartott közeli hozzátartozója és élettársa, akinek havi jövedelme nem haladja meg az adott évben érvényes minimálbér 30%-át.

Diplomáciai képviselők

Nem terjed ki a kötelező magyar társadalombiztosítás a diplomáciai képviselők törvényben felsorolt eseteiben.

A biztosítás nem terjed ki:

- a külföldi állam Magyarországra akkreditált diplomáciai és konzuli képviselő személyzetének külföldi állampolgárságú tagjára (a továbbiakban: képviselő tagja),
- a külföldi állampolgárságú háztartási alkalmazottra, aki kizárólag a képviselő tagjának alkalmazásában áll, a képviselő tagjával közös háztartásban élő külföldi állampolgárságú családtagra (házastárs, gyermek), feltéve hogy az alkalmazottra, illetve

a családtagra kiterjed a küldő állam vagy más állam társadalombiztosítási rendszere, továbbá

- a nemzetközi szervezet nemzetközi szerződés alapján mentességet élvező tisztviselőjére (alkalmazottjára) és vele közös háztartásban élő családtagjára (házastárs, gyermek), feltéve hogy kiterjed rájuk a nemzetközi szervezet szociális biztonsági rendszere,

Egyéb külföldi munkáltató munkavállalója

A kötelező társadalombiztosítás nem terjed ki

- a külföldi munkáltató által Magyarországon foglalkoztatott külföldinek minősülő személyre, illetve
- a külföldi részvétellel működő gazdasági társaságnak, a külföldi székhelyű vállalkozás magyarországi fióktelepének, valamint a külföldi székhelyű vállalkozás kereskedelmi, bank- és biztosítóiintézeti képviselőjének a Magyarország Köztársaság területén foglalkoztatott természetes személy munkavállalójára, tagjára, foglalkoztatottjára, aki külföldinek minősül.

Magyarországon tanuló külföldi állampolgárok

Egészségügyi szolgáltatásra jogosult a középfokú nevelési-oktatási, vagy felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató azon külföldi állampolgár, aki nemzetközi szerződés vagy a Minisztérium oktatásért felelős miniszter által adományozott ösztöndíj alapján létesített tanulói, hallgatói jogviszonyban áll (=TAJ-számmal rendelkezik).

Az a szomszédos államokban élő magyarokról szóló törvény hatálya alá tartozó, magyar állampolgársággal nem rendelkező személy, aki a (felsőoktatásról szóló törvény hatálya alá tartozó) felsőoktatási intézményben államilag támogatott vagy magyar állami (rész) ösztöndíjjal támogatott képzésben nappali tagozatos hallgatói jogviszonyban áll (=TAJ-számmal rendelkezik).

EGT tagállam diákja EU-kártyával

EGT tagállam diákja EU-kártya nélkül, amennyiben állandó lakhelyét Magyarországra teszi át (Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal okmánya), TAJ- kártyára jogosult (=TAJ- számmal rendelkezik).

EGT tagállamon kívüli harmadik országból érkező diák, tartózkodási engedéllyel megállapodást köthet (=TAJ- számmal rendelkezik).

Egyéb tanulói, hallgatói jogviszonyban állók csak megállapodás kötése esetén jogosultak egészségügyi szolgáltatásra.

Azon Magyarországon élő külföldi állampolgárok, akik nem tartoznak a kötelezően biztosítottak körébe, továbbá nem tartoznak olyan egyezmény hatálya alá, amely alapján, Magyarországon egyes egészségbiztosítási szolgáltatásokra jogosultak lennének, megállapodást köthetnek.

Külföldi állampolgárok megállapodás kötése egészségügyi szolgáltatás biztosítására

A megállapodás feltétele, hogy a Magyarországon élő külföldi letelepedési vagy tartózkodási engedéllyel rendelkezzen. A megállapodást a tartózkodási hely szerint illetékes megyei regionális egészségbiztosítási pénztárakban lehet megkötöni.

Az ellátás biztosítása magyar társadalombiztosítási jogviszonnyal rendelkező külföldi állampolgárok számára

Az egészségbiztosítási szolgáltatásokra való jogosultság érdekében kötött megállapodás alapján a megyei regionális egészségbiztosítási pénztár TAJ- számot ad ki, melyet rávezet egy "Igazolás az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságról" című nyomtatványra.

A megállapodás alapján az egészségbiztosítási ellátás - sürgősségi egészségügyi ellátás kivételével - akkor jár, ha az igénybevétel kezdő napját megelőzően már legalább hat havi járulékfizetés történt.

Orvosilag szükséges ellátás

Az érvényes EU-kártya / Kártyahelyettesítő Nyomtatvány igazolja, hogy a külföldi beteg társadalombiztosítási jogviszonnyal rendelkezik. Részére kötelezően nyújtandók az ún. orvosilag szükséges ellátások, mely a kezelőorvos megítélése alapján történik. Az orvosilag szükséges ellátás megítélésében segíthet a jogszabályban meghatározott sürgős szükség esete.

Amennyiben a beteg nem rendelkezik EGT állampolgárok részére kiadott tartózkodási engedéllyel (tartózkodási kártya / regisztrációs igazolás), csak azon szolgáltatások nyújtandók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. Egyéb esetekben a tartózkodási kártya / regisztrációs igazolás, illetve az igazolás (EU-kártya) érvényességének lejáratát kell figyelembe venni.

Az Európai Bizottság határozatai értelmében átmeneti magyarországi tartózkodás során minden esetben az EU-kártya alapján nyújtandó szükséges ellátásnak kell minősíteni – több más ellátás között- a dialízist, oxigénterápiát, speciális asztmakezelést, kemoterápiát, szülést, a szüléshez és anyasághoz kapcsolódó ellátásokat*.

(*Az EGT és svájci biztosított Magyarországon született gyermeke részére a szükséges ellátások a szülést követő 3. hónapig az anya EU-kártyája alapján nyújtandók, az ellátásokat az EU-kártya adataival kell jelenteni.)

Meghatározott tartalmú vagy teljes körű ellátás

Az E112 jelű nyomtatvánnyal egészségügyi szolgáltatásra jelentkező személy (amennyiben meg van jelölve) a nyomtatványon megjelölt szolgáltató, illetve ellátás esetében ugyanolyan feltételek mellett jogosult az igénybevételre, mint a magyar biztosítottak. Amennyiben a nyomtatványon sem szolgáltató, sem konkrét ellátás nincs megjelölve, az érvényességi időn belül bármilyen egészségbiztosítási szolgáltatás nyújtható a jogosult részére.

Az EU-kártya, a Kártyahelyettesítő Nyomtatvány, illetve az E112 jelű nyomtatvány alapján kizárólag azok érvényességi idején belül megkezdett ellátásokat lehet nyújtani.

Az Uzsoki Kórház, mint egészségügyi szolgáltató által saját beszerzésből biztosított eszköz vagy tételes elszámolás alá eső egyszerűhasználatos eszköz és implantátum uniós beteg (EGT tagállam biztosítottja) részére történő alkalmazása esetén - a beteg részére történő elszámolásban – a saját beszerzésnek megfelelő költségmértéket kell alkalmazni.

Jogosultság-igazolás nélkül ellátott EGT állampolgárok

Az EGT- és svájci állampolgárok, akik nem rendelkeznek a fenti igazolások (EU-kártya, Kártyahelyettesítő Nyomtatvány, E112 nyomtatvány) valamelyikével, azaz biztosítási jogviszonyukat nem tudják igazolni, és az igazolás bemutatását az ellátás befejezését követő 15 napon belül nem pótolják, térítési díjat kötelesek fizetni. Az ilyen ellátást 4-es térítési kategóriában, mint „egyéb, magyar társadalombiztosítási jogviszonnyal nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybevevő személyek térítésköteles ellátását” kell lejelenteni.

EGT nyugdíjas

A másik tagállam területén élő nyugdíjasok nem csak az orvosilag szükséges ellátásokra jogosultak, hanem megilleti őket az egészségügyi ellátások teljes köre, még akkor is, ha a tartózkodási helyük szerinti tagállamban (esetünkben Magyarországon) soha nem voltak biztosítva. Ebben az esetben az ellátások összes költségét az az állam viseli,

amelyiktől a nyugdíjat kapják. Ilyen esetben a beteg jogosultságát az E120, E121, S1 formanyomtatványok igazolják.

4. TARTALMA

4.1. Térítési díj fizetésére kötelezettek köre és térítéses szolgáltatások

4.1.1 Társadalombiztosítás terhére történő ellátáshoz társadalombiztosítási jogviszony ellenőrzés

A társadalombiztosítás terhére végzett egészségügyi ellátásra való jogosultságot nem az állampolgárság, hanem a jogviszony alapozza meg.

A térítési díj meghatározását szabályozó jogszabályok alapján a kórház térítési díjat számol fel azon esetekben, amikor

a biztosított beteg a biztosítóval kötött szerződésben nem szereplő ellátást vesz igénybe (az NEAK finanszírozott szolgáltatási listájában nem szereplő ellátás),

a biztosított beteg orvosilag nem indokolt szolgáltatást kér,

a biztosított beteg emelt komfort fokozatú ellátást vesz igénybe,

társadalombiztosítási jogviszonnyal nem rendelkező személy részére nyújt ellátást.

Sürgősségi, életmentő ellátás esetén térítési díj nem számolható fel. A jogszabályban meghatározott, sürgős szükségnek minősülő esetek ellátását a biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül is el kell végezni.

A módosított, a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) 9/B § alapján:

Finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató a kötelező egészségbiztosítás keretében e törvény alapján az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásért biztosítottól térítési díjat - ide nem értve a 23. § szerinti részleges térítési díjat és a 23/A. § szerinti kiegészítő térítési díjat - nem kérhet.”

23/A. § 169 A biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult

a) 170

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

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

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

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

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

- a) a többlétszolgáltatáshoz szükséges feltételek rendelkezésre állnak,
- b) a biztosított az egészségügyi szolgáltatónál az ellátást a többlétszolgáltatás nélkül is igénybe vehetné, és
- c) az egészségügyi szolgáltató a többlétszolgáltatás nyújtása mellett a finanszírozási szerződése szerinti kapacitáson folyamatosan és teljes körűen tud ellátást nyújtani.

A társadalombiztosítási támogatással igénybevett egészségügyi ellátások előtt az egészségügyi szolgáltató – a TAJ számot és a fényképes személyazonosságot igazoló okmány bemutatását követően, az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően – az NEAK közhiteles nyilvántartásában on-line ellenőrzi, hogy a támogatott ellátás igénybevételére jelentkező beteg a jogviszony nyilvántartásban az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e.

- Amennyiben a jogosultság érvényes (zöld jelzés), akkor az ellátás térítésmentesen igénybe vehető.
- Amennyiben a beteg szerepel az egészségügyi ellátásra jogosultakról vezetett NEAK nyilvántartásban, de a jogviszony rendezetlen (piros jelzés), akkor a beteget térítésmentesen el kell látni, azonban tájékoztatni szükséges – az Intézményben működő egészségügyi betegnyilvántartó programból letölthető értesítés átadásával – a jogviszonyának rendezési lehetőségeiről.
- Érvénytelen TAJ szám esetén (kék szín külföldön biztosított, barna jelzés egyéb okból érvénytelen) az ellátás térítésköteles.
- Az OJOTE rendszerben a jogviszony-ellenőrzés során megjelenő „sárga lámpa” érvényes TAJ-t, de korlátozott egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultságot fog jelenteni.

A magyar egészségbiztosítási jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatásra nem jogosult személyek részére nyújtott ellátás után akkor jogosult NEAK térítésre a Kórház, ha az ellátott személy az ellátásra államközi szerződés, nemzetközi szerződés vagy kötelezően alkalmazandó Közösségi szabály alapján jogosult, és az adott ellátásra való jogosultságát az alkalmazandó államközi szerződés, nemzetközi szerződés vagy Közösségi szabály előírásainak megfelelően igazolta, és a nyilvántartásban dokumentálta!

Térítésmentes ellátás kizárólag orvosilag indokolt (sürgősségi) esetben nyújtható EU kártya felmutatása esetén, illetve tervezett ellátásokra megfelelő uniós formanyomtatvány bemutatásával.

Mind a járó-, mind a fekvőbeteg ellátásban, a magyar társadalombiztosítási jogviszonnyal nem rendelkező betegeknek a jelen szabályzatban meghatározott díjtételeket kell fizetniük az igénybevett egészségügyi szolgáltatásért. A fizetési kötelezettségről és a várható fizetendő összegről a beteget a szolgáltatás nyújtása előtt tájékoztatni kell.

4.1.2 Térítésköteles ellátások

a) Társadalombiztosítás által nem finanszírozott ellátások:

- gyógyszerkipróbálás keretében végzett ellátások,
- menedzserszűrés keretében végzett vizsgálatok,
- bevándorlási és letelepedési kérelemhez szükséges hatósági orvosi igazolás kiadásához szükséges vizsgálatok,

- üzemorvosi beutalóval igénybevett vizsgálatok, amennyiben nem a foglalkozásából eredő megbetegedéssel vagy üzemi balesettel kapcsolatos az igénybevétel.

b) Nem orvosi indikáció alapján végzett beavatkozások, vizsgálatok

A nem orvosi indikáció alapján végzett terhesség megszakítás térítési díjáról a 32/1992. (XII.23.) NM rendelet intézkedik, amely a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. Törvény végrehajtását szabályozza.

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

Nem orvosi indikáció alapján kért laborvizsgálat és képalkotó diagnosztikai ellátás csak teljes térítési díj megfizetése mellett vehető igénybe.

c) Jogszabályban meghatározottan térítési díj befizetése ellenében végezhető szolgáltatások

A 284/1997. (XII.23.) Korm. rendeletben meghatározott térítési díj befizetése ellenében igénybe vehető szolgáltatások (véralkohol-vizsgálathoz vérvétel, látület kiadása, munkaköri alkalmassági vizsgálatok) díjának megállapítása jogszabály alapján történik.

A „46/1997. (XII.17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról” rendelet szolgáltatásai esetében a szolgáltató saját hatáskörében állapítja meg a térítési díjat (nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célú ellátások).

d) Beutaló köteles szolgáltatások beutaló nélkül való igénybevétele

Az általános fekvőbeteg szakellátást az egészségbiztosító által támogatott szolgáltató orvosának kiállított orvosi beutalása alapján lehet igénybe venni. A sürgős szükség esetét kivéve a beteg beutaló nélkül, vagy a beutalási rendtől eltérően, nem a beutalón megnevezett egészségügyi szolgáltatónál nem veheti igénybe a fekvőbeteg szakellátást.

Laborvizsgálat és képalkotó diagnosztikai ellátás nem vehető igénybe beutaló nélkül.

e) Magánorvosi beutalóval érkező beteg ellátása.

Térítési díj fizetésére kötelezhető az a beteg, aki magánorvos által kiállított beutalóval veszi igénybe az ellátást, kivétel a jogszabályban előírt sürgős ellátások esetén.

f) Részleges térítési díj ellenében igénybe vehető ellátások és egészségügyi szolgáltatások

Az egészségbiztosítás által támogatott ellátások igénybevétele során a betegnek részleges térítést kell fizetni:

- a beteg kérésére egyéni igényei szerinti nyújtott étkezés,
- az emelt szintű fekvőbeteg ellátás igénybevétele,
- a beteg kérésére az egészségi állapota által nem indokolt, az intézményben e célra kijelölt részlegében biztosított magasabb színvonalú elhelyezés,

- az egészségügyi ellátás keretében igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatások,
- halott tárolása és hűtése,
- adatszolgáltatással, iratmással kapcsolatos szolgáltatások.

4.1.3 Biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül igénybe vehető ellátások

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

A járványügyi ellátások közül

- a kötelező védőoltás (kivéve a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltást),
- a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálat,
- a kötelező orvosi vizsgálat,
- a járványügyi elkülönítés,
- a fertőző betegek szállítása

Azonnali ellátásra szoruló személy mentése

Sürgős szükség esetén a jogszabályban meghatározott ellátások.

Elsősegélynyújtás

Sürgős szükség

4.1.4. Sürgős szükség

Az ellátások igénybevétele során a sürgős szükség, mint elhatároló tényező fontos szerepet játszik. Fogalmát és eseteit az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv., illetve a kötelező egészségbiztosításról szóló 1997. évi LXXXIII. tv., valamint az 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet határozza meg, az ellátás besorolása ezen jogszabályok előírásai alapján történik.

A fenti jogszabályokban foglaltak alapján sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet a törvény mellékletében meghatározott, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében – a beteg állapotának stabilizálásáig (a diagnózis felállításától a tisztázott kórállapot első alkalommal történő szakszerű ellátásáig) – végeznek.

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

Az elsősegély szolgáltatáson túlmutató egészségügyi szolgáltatásért a nem biztosított személy, térítési díjat köteles fizetni.

A beteg köteles megtéríteni a sürgős szükség esetén végzett ellátásának a díját (a térítési díj szabályzat díjtételei szerint, 4-es térítési kategóriában jelentve, személyazonosító adatokkal rendelkező beteg esetén), amennyiben

nem rendelkezik érvényes TAJ- számmal, és TAJ kártyáját az ellátástól számított 15 napon belül nem mutatta be, annak érvényességét a Kormányhivatal nem igazolja vissza,
nem EGT biztosított, és ilyen biztosított jogszolgáltatását az NEAK nem igazolja vissza,
sürgősségi ellátása egyezmény, nemzetközi szerződés által nem biztosított (így költségének nincs fedezete),
sürgősségi ellátásának költségét egyéb biztosítás nem fedezi.

Amennyiben a beteg a számla befizetési határidejét követő 15 napon belül az ellátása térítési díját nem fizeti be, úgy a kórház a számlát hivatalosan regisztrált postai úton, fizetési felszólítással együtt megküldi a beteg részére (tértivevényes fizetési felszólítás, emlékeztető).

Ismeretlen, azaz sem személyazonosító adatokkal, sem (érvényes) TAJ kártyával nem rendelkező beteg ellátását a „900 000 007” informatikai kód alatt kell jelenteni az NEAK felé.

Nem lehetséges a regisztrált fizetési felszólítás, amennyiben a beteg nem rendelkezik lakhellyel, tartózkodási hellyel (hajléktalan), mely a postai kézbesítéshez szükséges.

Amennyiben a követelés nem behajtható vagy behajtása eredménytelen, a kórház az ellátást az NEAK felé „S” térítési kategóriában jelenti. Erre legkésőbb az ellátást követő 6. hónap 5. munkanapjáig van lehetőség. (Az NEAK felé igazolni kell a térítési díj megfizetésének és a behajtásnak az eredménytelenségét.)

52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet mellékletében felsorolt, sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek

- Életet veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyével járó (külső vagy belső) vérzés
- Átmeneti keringés- és/vagy légzésleállással járó állapotok (pl. embólia, Adams-Stokes-Morgagni szindróma, syncope, fulladások, életet veszélyeztető ritmuszavarok, klinikai halál állapota)
- Életveszélyes endokrin- és anyagcsere állapotok, a folyadék- és ion- háztartás életveszélyes zavarai
- Központi idegrendszeri kompresszió veszélyével járó kórképek (pl. agyödéma, fejfájás, szédülés, tumor, gyulladás, fejlődési rendellenesség, trauma)
- Eszméletlen állapotok
- Status epileptikus és tüneti görcsrohamok
- Hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, szemsérülés
- Szepszis
- Magas halálozású, vagy súlyos szövödmények kialakulásának veszélyével járó hirtelen fellépő, vagy progrediáló, nem-sebészeti betegségek és érkatasztrófák ellátása
- Szülés, koraszülés, lepényleválás, súlyos terhességi toxémia, eclampsia újszülött ellátása, akut nőgyógyászati vérzés

- Sokk megelőző és sokkos állapotok, életveszélyes allergiás és anaphylaxiás állapotok, szisztémás és poliszisztémás
- Autoimmun betegségek krízis-állapotai
- Az immunrendszer fokozott, vagy kóros működésén, illetve a csontvelői vérsejtképzés elégtelenségén alapuló heveny vérsejthiány-állapot
- Veleszületett, vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély
- Akut légzési elégtelenség, légút szűkület (pl. gégeödéma, asthmás roham, idegentest, fulladás)
- Mérgezések
- Akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkel járó kórképek (pl. bélelzáródás, appendicitis, perforatio, méhen kívüli terhesség, petefészek ciszta megrepedése, tuboovarialis tályog, kocsánycsavarodott cysta, kizárt sérv, epegörcs, vesegörcs, vérvizelés)
- Égés-fagyás (III.-IV. fokú és nagykiterjedésű I-II. fokú, és/vagy az életminőség szempontjából különösen veszélyeztetett testtáját vagy a légutakat érintő)
- Elsődleges sebellátás
- Testüregek (koponya, mellkas, has) és parenchymás szervek (szív, tüdő, lép, máj, vese) sérülése
- Compartement szindrómák
- Nyílt törések és decollement sérülések
- Amputációk (replantációs lehetőségekkel vagy azok nélkül)
- Súlyos medencegyűrű törések
- Politraumatizáció, többszörös sérülések
- Búvárbalesetek, magassági betegség, keszonbetegség, barotrauma
- Áramütés, elektrotrauma
- Hő- és hidegártalom, kihűlés, hypothermia, hyperthermia, napszúrás, hóguta
- Súlyos akut sugárártalom és sugárbetegség
- Öngyilkossági kísérlet és szándék, mentális állapottal összefüggő közvetlen veszélyeztető állapot
- Heveny pszichés zavarok, pszichózisok
- Infektológiai kórképek, melyek önmagukban vagy szövődményeik révén az életet veszélyeztető állapotot idéznek elő

4.2. A térítési díj fizetésére kötelezett személyekkel és ellátásokkal kapcsolatos szabályok

Térítési díjak

A.) Az egészségügyi ellátások térítési díjainak árképzése.

1. Aktív fekvőbeteg ellátás

- Társadalombiztosítási jogviszonnyal vagy EU társadalombiztosítási jogviszonnyal (sürgős esetben) történő ellátás az NEAK finanszírozás terhére kerül elszámolásra.

- Térítéses ellátás árképzése társadalombiztosítási jogviszonnyal nem rendelkező magyar és EU betegek esetében: NEAK finanszírozás alapján számított súlysúly * mindenkori aktív alapidj.
 - Társadalombiztosítási jogviszony nélküli – nem EU tagországból érkezett - külföldi beteg esetén történő árképzés: NEAK finanszírozás alapján számított súlysúly * mindenkori aktív alapidj kétszerese.
2. Krónikus és rehabilitációs fekvőbeteg ellátás a Hungária körúti épületben
- Társadalombiztosítási jogviszonnyal az árképzés: ápolási napok száma * mindenkori ápolásnap díj* finanszírozási szorzó, melynek elszámolása az NEAK finanszírozás terhére történik.
 - Társadalombiztosítási jogviszony nélküli magyar beteg esetében az árképzés: ápolási napok száma * mindenkori ápolásnap díj* finanszírozási szorzó.
 - Társadalombiztosítási jogviszony nélküli és nem EU tagországból érkezett külföldi beteg esetében az árképzés: ápolási napok száma * mindenkori ápolásnap díj* rehabilitációs szorzó képlettel számított összeg kétszerese.
3. Járóbeteg ellátás és fekvőbeteg ellátásban protokolltól eltérő beavatkozás
- Társadalombiztosítási jogviszonnyal az árképzés: járóbeteg pontszám* mindenkori járóbeteg finanszírozási alapidj, melynek elszámolása az NEAK finanszírozás terhére történik.
 - Társadalombiztosítási jogviszony nélküli magyar beteg és EU tagországból érkezett beteg esetében az árképzés: járóbeteg pontszám* mindenkori járóbeteg finanszírozási alapidj.
 - Társadalombiztosítási jogviszony nélküli külföldi beteg esetében az árképzés: járóbeteg pontszám* mindenkori járóbeteg finanszírozási alapidj*4.

B.) Kiegészítő díjak.

Hotelszolgáltatás

1, illetve 2 ágyas kórteremben történő elhelyezés csak a szabadkapacitás terhére vehető igénybe. A hotelszolgáltatási díjak bruttó értendők (az ÁFA-t tartalmazzák). A Hungária körúti épületben VIP osztályos vagy 1 és 2 szobás fürdőszobás elhelyezés nem lehetséges, így az árak a meglévő lehetőségekre értendők.

- Hotelszolgáltatási díj 1 ágyas kórteremben: 15000 Ft/nap.
- Hotelszolgáltatási díj 2 ágyas kórteremben: 10000 Ft/nap.
- A Hungária körúti épületben a hotelszolgáltatási díj 3000 Ft/nap.
- VIP osztályra vonatkozó információ és felvilágosítás a makrai.katalin@uzsoki.hu elektronikus levélcímen kérhető.

A Kórházban tartózkodás során a Házi rend betartása mindenkire nézve kötelező.

A szobát délelőtt 10 óráig el kell hagyni, minden további óra esetében pótdíjat kell fizetni: 1000 Ft/óra.

Étkezés

Nem orvosi indikáció miatti speciális étkezés díja 1000 Ft/ ápolási nap (a betegellátás díja tartalmazza az alap étkezés költségét, az összeg a többletköltségre vonatkozik). A szolgáltatás ára bruttó érték (az ÁFÁ-t tartalmazza).

Hozzá tartozó elhelyezése

Hozzá tartozó kórházi elhelyezése csak akkor vehető igénybe, ha a beteg kezelőorvosa ehhez hozzájárul és az elhelyezés ezt lehetővé teszi. Csak aktív ellátásban vehető igénybe. A napi díj tartalmazza a pótágyon történő elhelyezést és a napi étkezést.

- Hozzá tartozó elhelyezése a beteg szobájában: 10000 Ft/ nap.
- VIP osztályra vonatkozó információ és felvilágosítás a makrai.katalin@uzsoki.hu elektronikus levélcímen kérhető.

Dokumentáció másolásának díja

A beteg jogosult a rá vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról kivonatot vagy másolatot készíteni vagy saját költségére másolatot kapni, egészségügyi adatairól indokolt célra - saját költségére - összefoglaló vagy kivonatos írásos véleményt kapni.

A beteg egészségügyi ellátásának befejezését követően csak a beteg által adott teljes bizonyító erővel rendelkező magánokiratban felhatalmazott személy jogosult az egészségügyi dokumentációba való betekintésre, és arról másolat készítésére.

A beteg életében, illetőleg halálát követően házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére, valamint élettársa - írásos kérelme alapján - akkor is jogosult az egészségügyi adat megismerésére, ha az egészségügyi adatra a házastárs, az egyeneságbeli rokon, a testvér, illetve az élettárs, valamint leszármazóik életét, egészségét befolyásoló ok feltárása, illetve a fenti személyek egészségügyi ellátása céljából van szükség; és az egészségügyi adat más módon való megismerése, illetve az arra való következtetés nem lehetséges.

A fenti bekezdés szerinti esetben csak azoknak az egészségügyi adatoknak a megismerése lehetséges, amelyek az egészségét befolyásoló okkal közvetlenül összefüggésbe hozhatók.

A beteg halála esetén törvényes képviselője, közeli hozzátartozója, valamint örököse - írásos kérelme alapján - jogosult a halál okával összefüggő vagy összefüggésbe hozható, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról kivonatot, másolatot készíteni vagy saját költségére másolatot kapni.

A dokumentumok sokszorosításának díját az alábbiakban határozzuk meg:

Papíralapú dokumentáció másolása:

A/4 (oldalanként)	100 Ft + ÁFA
A/3 (oldalanként)	100 Ft + ÁFA
Színes fénymásolás díja	150 Ft + ÁFA

Elektronikus másolat

CD/ DVD	700 Ft + ÁFA
---------	--------------

A dokumentáció a Jogi irodában igényelhető az MBNY0855 nyomtatvány kitöltésével.

Pontos születési adatok igénylése az irattárból 2.000,- Ft + ÁFA

Az adatszolgáltatást a Jogi Irodában, ill. az Irattárosnál lehet kérni, az MBNY0669 nyomtatvány kitöltésével.

A betegdokumentációba való helyszíni betekintés térítésmentes.

A kérelmezőnek a dokumentumok átvételét megelőzően személyazonosságát-hitelt érdemlően igazolnia kell.

A kérelmező a dokumentációt átveheti személyesen, illetve kérheti postai úton történő eljuttatását, ebben az esetben a postaköltség a kérelmezőt terheli.

Hatósági megkeresés esetén a jogszabályban meghatározott feltételek fennállása esetén a dokumentációt az Intézmény térítésmentesen biztosítja a hatóság részére a hivatalos megkeresés beérkezését követően.

A dokumentációrendelkezésre bocsátásának határideje a kérelem benyújtásától számított 15 munkanap.

A halott hűtésének díja

Ha kormányrendelet eltérően nem rendelkezik, a holttest tárolásának és hűtésének költségeit az eltemettetéshez szükséges halottvizsgálati bizonyítványnak – vagy az ügyben eljáró hatóság által kiállított temetési engedélynek – a kiállítását követő első munkanapig, illetve a temetési engedélyben a temetés legközelebbi időpontjaként megjelölt napig a kórbonctani vizsgálatot végző intézmény, illetve nem természetes halál esetén az engedélyt kiállító hatóság viseli.

A halottvizsgálati bizonyítvány kiállítását követő első munkanapot követő naptól az Intézmény halott hűtési díjat számol fel az alábbiak szerint:

A halotthűtés alapidíja:

5.000,- Ft + ÁFA

A halottvizsgálati bizonyítvány átvételét követő 9. naptól az elhunyt elszállítását megelőző napig:

1.000,- Ft + ÁFA

A halotthűtés alapidíját a halottvizsgálati bizonyítvány átvételét megelőzően a Patológia iratkezeléssel megbízott dolgozójánál kell megfizetni, melyről a befizető bizonylatot kap.

A Beavatkozások árjegyzékétől, illetve e szabályzat árképzésétől az intézmény szerződés megkötése esetén eltérhet.

A térítési díj fizetésének szabályai

Amennyiben az ellátást igénybevevő nem igazolja társadalombiztosítási jogviszonyát, vagy a kórházi ellátás igénybevételenek egyéb módon történő finanszírozását (előzetesen megkötött szerződés, egyéb biztosítás, stb.) akkor az ellátás megkezdése előtt kell befizetni a várható térítési díjat, vagy kötelezvényt ír alá, melyben vállalja egészségügyi ellátásának megtérítését. A beteg aláírásával igazolja, hogy az ellátás költségeiről tájékoztatást kapott és a fizetési kötelezettséget tudomásul veszi. A nyomtatványt 2 példányban kell kitölteni, egyik példány a betegé (az általa ismert nyelvű), a másik (magyar nyelvű), a betegdokumentáció részét képezi (a kötelezvény aláírásakor személyi okmányai lemásolásra kerülnek, ezeknek tartalmazniuk kell lakcímét is).

Amennyiben 15 napon belül igazolja biztosítási jogviszonyát, akkor a térítési díj visszafizetésre kerül.

A többnyelvű beteg tájékoztató, a nyilatkozatok és a felvilágosító nyomtatványok az Intraneten elérhetők és letölthetők.

A beteg távozásakor az elbocsátó osztály kitölti az „ADATLAP fizető fekvő illetve járóbetegek ellátásáról számla készítéséhez (MBNY0338, MBNY0339)” című formanyomtatványt. Az adatlap tartalmáért a kezelőorvos felelős. Az adatlapon fel kell tüntetni az ellátás megnevezését és az ellátás díját. Amennyiben az ellátásnak előre meghatározott díja nincsen, akkor az NEAK finanszírozás szerinti súlyszámot, illetve pontszámot kell figyelembe venni. Fekvőbeteg ellátásban a beavatkozás és betegség által meghatározott HBCS kódját, megnevezését, súlyszámát, a súlyszám forint értékét a Szabályzat szerint, és a Ft értékkel felszorozott fizetendő végösszeget kell az adatlapra írni. A felvétel és a távozás napját az ápolási napok számításánál (aktív és krónikus ellátás esetén egyaránt) fél-fél napként, azaz összesen 1 napként kell figyelembe venni. HBCS besorolást a kezelőorvos végzi el a diagnózisok és a beavatkozások alapján. Járóbeteg ellátásban a vizsgálat vagy beavatkozás kódját, megnevezését és a hozzá tarozó pontszámot kell az adatlapra írni figyelembe véve a beteg másik ellátó helyen végzett vizsgálatait is (pl.: laboratóriumi vizsgálat), ha az a kezelőorvos beutalója alapján történt.

A kezelőorvos aláírásával és pecsétjével ellátott adatlapokat a nyilvántartásba vétel és besorolás ellenőrzésének céljából a Finanszírozási Csoporthoz kell leadni, ahol ellenőrzést követően továbbításra kerül a Pénzügyi és Számviteli Osztályra, ott megtörténik a számla kiállítása. A számlát, az ellátást igénybevevő a házipénztárban készpénzzel egyenlítheti ki, amennyiben az a házipénztár nyitvatartási ideje alatt történik. (házipénztár nyitvatartási ideje: H-CS: 10-14, P.: 09.00 – 13.00 óra). Pénztárzárást követően, illetve munkaszüneti napon a felvételt végző osztály átvételi elismervény ellenében köteles átvenni az összeget, amelyet a következő munkanapon a házipénztárba fizet be. A Sürgősségi Osztályon és a VIP Osztályon lehetőség van kártyás befizetésre is.

Az egészségügyi szolgáltatást térítés ellenében igénybevevő részére a kórházi zárójelentést, ambuláns lapot a számla szerinti összeg befizetését tanúsító bevételi pénztárbizonylat bemutatását követően kell kiadni.

4.3. Térítési díjak méltányossági kedvezménye

A Kórház alkalmazottai mentesülnek a díjfizetés kötelezettsége a következő esetekben:

- szűrővizsgálat Kollektív Szerződés szerint
- fizetős szoba igénybevétele kivéve a VIP egység szobáit.

A 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet alapján a biztosított a területileg illetékes Megyei Egészségbiztosítási Pénztártól kérheti a teljes, vagy részleges térítési díj elengedését vagy mérséklését.

5. HATÁLYBALÉPÉS, KIFÜGGESZTÉS

A jelen szabályzat az Állami Egészségügyi Ellátó Központ – mint az Intézmény fenntartói jogai gyakorlására kijelölt szerv – térségi igazgatójának jóváhagyása napján lép hatályba.

A hatályba lépéssel egy időben az előzőleg kiadott szabályzatok és igazgatói utasítások érvényüket veszítik.

6. KAPCSOLÓDÓ MELLÉKLETEK

- MBNY0669_Pontos születési adatok igénylése az irattárból
- MBNY0855_Egészségügyi dokumentáció kikérő lap
- MBNY0338_Adatlap fizető fekvőbetegek ellátásáról számla készítéséhez
- MBNY0339_Adatlap fizető járóbetegek ellátásáról számla készítéséhez