

Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT

EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ DÍJAK SZABÁLYZATA

Készítette:	<u>Dimákné Putnoki Éva</u> gazdasági igazgató	<u>2014. 04. 14.</u> Dátum	A dokumentáció kódja	IBSZ-DIJSZAB
Ellenőrizte:	<u>Stefanidesz Rozália</u> minőségirányítási vezető	<u>2014. 04. 14.</u> Dátum	Változat száma	17
Jóváhagyta:	<u>Dr. Csellár Zsuzsanna</u> főigazgató	<u>2014. 04. 14.</u> Dátum	Fájlnév	IBSZ-DIJSZAB.doc
			Oldalak száma	13
			Mellékletek száma	15
			Hatálybalépés ideje	2014. 05. 01.

MÓDOSÍTÁSOK JEGYZÉKE

Módosította Aláírás / Dátum	Módosítást követő változat száma	Módosított oldalszám	Jóváhagyta Aláírás / Dátum	Ellenőrizte Aláírás / Dátum	Hatálybalépés ideje
Dimákné Putnoki Éva 2014.12.29.	16	M03; M04	Dr. Csellár Zsuzsanna 2014.12.29.	Stefanidesz Rozália 2014.12.29.	2015.01.01.
Dimákné Putnoki Éva 09.01.	17	M04	Dr. Csellár Zsuzsanna 2015.09.01.	Dr. Nagy Mihály 2015.09.01.	2015.09.01.

Nyilvántartott példány: ☐

Munkapéldány: ☐

A példány sorszáma: ☐☐

A példány tulajdonosa:



TARTALOMJEGYZÉK

I. ÁLTALÁNOS SZABÁLYOK	3
1. A SZABÁLYZAT HATÁLYA.....	3
2. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSAIRA JOGOSULTAK KÖRE, A JOGOSULTÁG IGAZOLÁSA	3
2.1. A biztosítottak és a kizárólag egészségügyi ellátásra jogosultak	3
2.2. Az EGT állampolgárai.....	5
2.3. Területi elven nyugvó szociálpolitikai, egészségügyi együttműködési egyezmények ..	6
2.4. Egyéb országok állampolgárai	6
II. TÉRÍTÉSI DÍJAK	7
1. TÉRÍTÉSKÖTELES SZOLGÁLTATÁSOK ÉS BETEGTÁJÉKOZTATÁS.....	7
2. TÉRÍTÉSI DÍJAK.....	7
2.1. A biztosítással nem rendelkező betegek ellátásának térítési díjai	7
2.1.1. Fekvőbeteg szakellátás térítési díja	7
2.1.2. Járóbeteg szakellátás és diagnosztikai ellátás térítési díja	8
2.2. A biztosítással rendelkező betegek ellátásának térítési díjai.....	8
2.2.1. Biztosított számára is csak teljes térítés ellenében nyújtható szolgáltatások	8
2.2.2. Biztosítottaknak részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatások	9
2.3. Emelt szintű egészségügyi szolgáltatás	10
2.4. Térítési díjak mérséklése, elengedése, részletfizetés	10
3. A TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGFIZETÉSÉNEK RENDJE	10
III. JOGSZABÁLYI HIVATKOZÁSOK	12
IV. MELLÉKLETEK, ADATLAPOK JEGYZÉKE	13

**EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ DÍJAK
SZABÁLYZATA**

A térítési díjért igénybe vehető, egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) kormányrendelet 1. § (6) bekezdésében adott felhatalmazása alapján a **Mezőtúri Kórház és Rendelőintézet** (a továbbiakban Kórház) az alábbi szabályzatban (a továbbiakban Szabályzat) állapítja meg az általa nyújtott térítésköteles egészségügyi szolgáltatások körét és a térítési díj fizetésére kötelezett személyek körét, térítési díjakat, a térítési díj befizetésével kapcsolatos eljárást, a méltányossági kedvezményeket és a közzététel módját.

I. ÁLTALÁNOS SZABÁLYOK

1. A SZABÁLYZAT HATÁLYA

Jelen Szabályzatban foglaltakat kell alkalmazni a Kórház valamennyi telephelyén megvalósuló egészségügyi ellátás során.

A Szabályzat hatálya kiterjed a Kórházzal közalkalmazotti jogviszonyban, vagy bármely, az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvényben meghatározott munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló dolgozóra, valamint a Kórház egészségügyi szolgáltatásait igénybevevő betegekre.

2. AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSAIRA JOGOSULTAK KÖRE, A JOGOSULTÁG IGAZOLÁSA

A magyar egészségbiztosítás szolgáltatásaira jogosultak a magyar társadalombiztosítási jogszabályok alapján biztosítottak, illetve kizárólag egészségügyi ellátásra jogosultnak minősülők, az EGT tagállamaiból és a nemzetközi egyezményrel rendelkező államokból érkező állampolgárok.

2.1. A biztosítottak és a kizárólag egészségügyi ellátásra jogosultak

Biztosított az, aki a társadalombiztosításról szóló 1997. LXXX. törvény (Tbj.) 5. §-ában meghatározott jogviszonyban áll, annak kezdetétől a megszűnéséig. Az egészségbiztosítás ellátásait nem lehet igénybe venni, ha a biztosítási jogviszony a Tbj. 8. §-ában meghatározott esetekben szünetel.

A Tbj. 16 §-ában meghatározott nem biztosított személyek a biztosítottal azonos egészségbiztosítási ellátásokra szereznek jogosultságot a társadalmi szolidaritás alapján.

Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való jogosultság a biztosítási jogviszonynak, illetve a Tbj. 16. §-ában meghatározott jogosultsági feltételeknek a megszűnését követően további 45 napig fennmarad. Ha a biztosítási jogviszonynak vagy a Tbj. 16. §-a szerinti jogosultsági feltételek fennállásának az időtartama 45 napnál rövidebb volt, akkor a

**EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ DÍJAK
SZABÁLYZATA**

megszűnést követően az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való jogosultság ezen időtartammal hosszabbodik meg.

A biztosított (Tbj. 5.§) és a kizárólag egészségügyi ellátásra jogosult (Tbj. 16.§) személyek az egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez, a szolgáltatás igénybevétele előtt a TAJ számát igazoló okmányt (TAJ kártya) minden alkalommal köteles bemutatni. Az TAJ kártya fénymásolata, továbbá bizonytalanul olvasható, vagy javított dokumentum nem fogadható el. Az TAJ kártya kizárólag az abban feltüntetett személy érvényes biztosítását igazolja (személyi igazolvánnyal együtt érvényes), tehát más személy meglévő biztosításának igazolására nem használható fel.

Amennyiben a TAJ kártyát a beteg nem hozta magával, térítésmentesen ellátható, de az ellátottnak vagy hozzátartozójának 15 napon belül be kell mutatnia. Ezt a tényt a beteg dokumentációjában rögzíteni kell, ezért a betegnek a TAJ kártyára vonatkozó bemutatási kötelezettségét az 1. sz. adatlapon aláírásával el kell ismernie. Amennyiben fenti határidőn belül az ellátott beteg a TAJ kártyát nem mutatta be, úgy részére az elvégzett szolgáltatásokról számlát állít ki a Pénzügy.

A Kórház - a mentést, betegszállítást, védőnői szolgáltatást, valamint otthoni szakápolást nyújtó Kórház kivételével - a TAJ kártya bemutatását követően, az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően az OEP nyilvántartásában ellenőrzi, hogy az illető személy a nyilvántartásban az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e.

Az ellenőrzésnek főszabály szerint az ellátás nyújtása előtt kell megtörténnie, ha azonban a beteg állapota az ellátás azonnali megkezdését indokolja, a jogviszony-ellenőrzés közvetlenül a szolgáltatás igénybevételét követően, fekvőbeteg-szakellátás esetén legkésőbb az annak kezdetét követő első munkanapon kell elvégezni.

Ha az ellenőrzés eredményeként az derül ki, hogy a beteg nem szerepel az OEP jogviszony-nyilvántartásában, az ellátás nyújtását akkor sem lehet megtagadni, viszont e tényről a beteg részére még az ellátást megelőzően írásban tájékoztatást kell nyújtani. A beteg a tájékoztatás megtörténtét átvételi nyilatkozat aláírásával igazolja. Az aláírt nyilatkozat a betegdokumentáció részét képezi, így az arra vonatkozó szabályok szerint meg kell őrizni.

A járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi Kórház a biztosítottat – magyar nyelven, közérthetően megfogalmazott – elszámolási nyilatkozatban tájékoztatja

a) a biztosított által igénybe vett ellátásról (a külön jogszabály szerinti OENO-kóddal együtt),

b) az a) pont szerinti ellátásért az egészségbiztosítási finanszírozás keretében külön jogszabály alapján igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről,

c) az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevételének feltétele.

A fekvőbeteg-gyógyintézet a biztosítottat elbocsátásakor – magyar nyelven, közérthetően megfogalmazott – elszámolási nyilatkozatban tájékoztatja

a) a biztosított által igénybe vett ellátásról (a külön jogszabály szerinti BNO- és HBCs-kóddal együtt),

**EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ DÍJAK
SZABÁLYZATA**

- b) az a) pont szerinti ellátásért az egészségbiztosítási finanszírozás keretében külön jogszabály alapján igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről,
c) az ellátási napok számáról és ez alapján a biztosított által fizetendő kórházi napidíj összegéről,
d) az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevétele feltétele.

2.2. Az EGT állampolgárai

Hazánk 2004. május 1-e óta az EU teljes jogú tagja, így a magyar jog szerves részét képezi a szociális biztonságról szóló 1408/71 EKG sz. rendelet, és a végrehajtásáról szóló 574/72 EKG sz. rendelet. A Tbj. 13. §-a és az Ebtv. 8/A. § (1) bekezdése úgy rendelkezik, hogy a törvény rendelkezéseit a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EKG rendelet hatálya alá tartozó személyekre és ellátásokra a Közösségi rendeletben meghatározott módon kell alkalmazni.

Az 1408/71/EKG rendelet értelmében az Európai Gazdasági Térség tagállamaiban (8. sz. melléklet) lakó és ott egészségbiztosítással rendelkező személyek magyarországi tartózkodásuk esetén, a megfelelő igazolás bemutatása esetén a magyar egészségbiztosítás meghatározott ellátásait a magyar biztosítottakkal azonos feltételek mellett vehetik igénybe.

A szükséges igazolások (formanyomtatványok):

- Európai Egészségbiztosítási Kártya (Kártya), vagy
- ideiglenes Kártyahelyettesítő Nyomtatvány, vagy
- E 112 jelű nyomtatvány

A Kártya vagy a Kártyahelyettesítő Nyomtatvány alapján a külföldi biztosított a magyar biztosítottaknak megfelelő feltételekkel igénybe veheti azokat az egészségügyi szolgáltatásokat, amelyek a tervezett magyarországi tartózkodásuk során orvosilag szükségessé válnak. Az orvosi szükségesség fennállásáról a kezelőorvos dönt. Orvosilag szükségesnek azonban nem csak az azonnal nyújtandó ellátások minősülhetnek. Amennyiben az igényelt ellátást - a beteg állapotára való tekintettel - nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a Kórháznak figyelembe kell vennie, hogy az illető személy milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni. Amennyiben az illető személy nem rendelkezik EGT állampolgárok részére kiadott tartózkodási engedéllyel, csak azon szolgáltatások nyújthatók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. Egyéb esetekben a tartózkodási engedély, illetve a Kártya érvényességének lejártát kell figyelembe venni.

A Kártya nem használható akkor, ha a külföldi biztosított valamilyen egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából utazott Magyarországra.

Az E 112 jelű nyomtatvánnyal egészségügyi szolgáltatásra jelentkező személy a nyomtatványon megjelölt Kórház, illetve ellátás esetében ugyanolyan feltételek mellett jogosult a szolgáltatások igénybevétele, mint a magyar biztosítottak. Amennyiben a



**EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ DÍJAK
SZABÁLYZATA**

nyomtatványon sem Kórház, sem konkrét ellátás nincs megjelölve, az érvényességi időn belül bármilyen ellátás nyújtható a jogosult részére.

A Kártya, a Kártyahelyettesítő Nyomtatvány és az E 112 jelű nyomtatvány alapján kizárólag csak azok érvényességi idején belül megkezdett ellátásokat lehet nyújtani.

A Kórháznak a fenti igazolásokat az ellátásra jelentkező biztosítottól el kell vennie, és annak adatait rögzítenie kell. Az igazolásról fénymásolat készítendő. Az igazolás teljes adattartalmát minden esetben rögzíteni és tárolni kell. Az igazolás másolatát, vagy az igazolás adatait tartalmazó iratot, az irattározás szabályai szerint kell megőrizni.

Az igazolásokat az ellátás kezdetekor kell bemutatni.

Ha az EGT állampolgár biztosított az ellátás kezdetekor nem tudja igazolni az ellátásra való jogosultságát, akkor az 1. számú adatlapon kötelezettséget vállalhat, hogy a távozást követő 15 napon belül bemutatja a biztosítást igazoló dokumentumokat. Ha az igazolást az ellátás befejezését követő 15 napon belül nem pótolja, akkor az igénybevett szolgáltatások részére kiszámlázásra kerülnek és köteles megfizetni az ellátás teljes térítési díját.

2.3. Területi elven nyugvó szociálpolitikai, egészségügyi együttműködési egyezmények

Az egyezményes államok (9 sz. melléklet) valamelyikében állampolgársággal rendelkező személy a sürgősségi egészségügyi ellátást térítésmentesen veheti igénybe érvényes útlevele bemutatása esetén.

Útlevele, vagy azt helyettesítő dokumentum hiányában az ellátó orvos jogköre az állampolgárság (szóbeli közlés alapján történő) megítélése, de e helyzet rögzítése a betegdokumentáción kötelező.

Az egyezményes államok polgárai átmeneti magyarországi tartózkodásuk során csak a „heveny megbetegedés és sürgős szükség” esetén nyújtandó ellátást vehetik igénybe, amely feltétlenül szükséges az élet vagy a testi épség súlyos veszélyeztetésének elhárításához, illetve amely eredményeképpen a beteg olyan állapotba kerül, hogy biztonságosan vissza tud térni hazájába.

2.4. Egyéb országok állampolgárai

A 2.2, 2.3, pontban meg nem határozott minden egyéb ország állampolgára Magyarországon bármely egészségügyi ellátást csak teljes térítés mellett vehet igénybe.



II. TÉRÍTÉSI DÍJAK

1. TÉRÍTÉSKÖTELES SZOLGÁLTATÁSOK ÉS BETEGTÁJÉKOZTATÁS

Térítésköteles minden olyan egészségügyi szolgáltatás, amelyet

- az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nem finanszíroz,
- társadalombiztosítási jogszabály részben vagy egészben térítésköteles szolgáltatásként nevesít.

A kezelés előtt a beteggel az ellátás várható költségét (térítési díjat) ismertetni kell (2. sz. adatlap). A tájékoztató összeget a beteg aláírásával el kell ismertetni, és a betegdokumentációban kell megőrizni.

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.

A Kórház egyes ellátások elvégzését - amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását - várólista alapján is teljesítheti. Az Kórház az ellátás természete, továbbá tartós kapacitás hiány esetén alakíthat ki várólistát.

A Szabályzatban feltüntetett térítési díjak forintban értendők, külföldi valuta nem fogadható el. A fizetés készpénzben teljesíthető.

2. TÉRÍTÉSI DÍJAK

2.1. A biztosítással nem rendelkező betegek ellátásának térítési díjai

2.1.1. Fekvőbeteg szakellátás térítési díja

Aktív osztályon történő ellátás esetén az ellátási díj alapja az adott eset Homogén Betegségcsoport (HBCS) szerinti aktuálisan érvényes besorolása. A HBCS forintértékét az 1. sz. melléklet tartalmazza.

A súlyszámérték az 1. sz. melléklet szerinti forint értékkel szorozva adja az ellátás díját, amely tartalmazza az ellátással kapcsolatos valamennyi kiadást. A „Homogén Betegségcsoport” listája, a hozzátartozó súlyszámmal és egyéb jellemzőivel, az Egészségügyi Közlönyben kerül közzétételre.

Ápolási osztályon a teljesített ápolási napokra egységes napi ellátási díj fizetendő, amelyet az 1. számú melléklet tartalmaz. A napi ellátási díj tartalmazza a diagnosztikai eljárások díját is.

A kezelőorvos a SANINET számítógépes program szerinti adatlapot tölti ki.

**EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ DÍJAK
SZABÁLYZATA**

A számla készítésének alapbizonylata az „ADATLAP fizető fekvőbetegek ellátásáról számla-készítéséhez” című 3. számú adatlap szerinti formanyomtatvány, melyet a kezelőorvos hitelesít. Az adatlapon fel kell tüntetni a HBCS kódját, megnevezését, súlyszámát, a súlyszám 1. számú melléklet szerinti értékét, a Ft értékkel felszorozott fizetendő végösszeget. 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. A HBCS besorolást és a súlyszám értékének megállapítását az Informatikai és Kontrolling Csoport végzi el, a diagnózisok és a beavatkozások alapján, a súlyszám Ft értékét és a fizetendő végösszeget a Pénzügy állapítja meg. A fenti adatlapot, kitöltését követően aláírásával a kezelőorvos hitelesíti.

2.1.2. Járóbeteg szakellátás és diagnosztikai ellátás térítési díja

A járóbeteg és diagnosztikai ellátás keretében egészségügyi szolgáltatást igénybe vevőnek tételes elszámolás alapján térítési díjat kell fizetni. A térítési díj számításának alapja az ellátás során végzett tevékenységek (vizsgálatok, beavatkozások) (WHO) összpontértéke. A tevékenységlista és a hozzátartozó pontértékek az Egészségügyi Közlönyben kerülnek közzétételre.

A kezelőorvos a SANINET program szerinti, az adott járóbeteg vagy diagnosztikai eljárásnak megfelelő adatlapot tölti ki.

A számla készítésének alapbizonylata az „ADATLAP fizető járóbetegek ellátásáról számla készítéséhez” című 4. számú adatlap szerinti formanyomtatvány, a kezelőorvos által hitelesítve. Az adatlapon tételesen fel kell sorolni az elvégzett vizsgálatokat és beavatkozásokat kód, név és pontszám megjelölésével. Amennyiben a betegnek diagnosztikai vizsgálatok is készültek, az adatlapon azokat is fel kell tüntetni. A felsorolt, szolgáltatási tételek pontszámait, össze kell adni. A fizetendő ellátási díj az összpontszám szorozva a pontszám Ft értékével, melyet az 1. sz. melléklet tartalmaz.

Az OENO (WHO) kódolását és a pontszám értékének megállapítását az Informatikai és Kontrolling Csoport végzi el a diagnózisok és a beavatkozások alapján, a pontszám Ft értékét és a fizetendő végösszeget a Pénzügy állapítja meg.

Amennyiben az ellátás fix díjas, úgy az ellátás megnevezését és a fix díjat kell az adatlapon feltüntetni.

A fenti adatlapot, kitöltését követően aláírásával a kezelőorvos hitelesíti.

2.2. A biztosítással rendelkező betegek ellátásának térítési díjai**2.2.1. Biztosított számára is csak teljes térítés ellenében nyújtható szolgáltatások**

a) Kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díja

Azon egészségügyi szolgáltatások, amelyek a térítési díjért igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23.) Korm. Rendelet 2. sz. mellékletében meghatározott térítési díj befizetése ellenében vehetők igénybe. A térítési díjakat jelen Szabályzat 2. számú melléklete tartalmazza.

EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ DÍJAK
SZABÁLYZATA

b) Halott hűtéssel és kezeléssel kapcsolatos költségek

A Kórház halott-hűtési ill. kezelési díjat számít fel. A halott-hűtési,- kezelési díjat a 3. számú melléklet tartalmazza.

A díjakat - a Kórházzal kötött szerződés alapján - a temetkezési vállalkozó, egyéb esetekben közvetlenül vagy megbízottja útján az eltemettetésre kötelezett személy vagy szerv fizeti meg a Kórház számára.

A további szabályozást az IBSZ- Halott-Kezelési Szabályzat tartalmazza.

c) Az adatszolgáltatással kapcsolatos térítési díjakat a 4. számú melléklet rögzíti.

2.2.2. Biztosítottaknak részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatások

A biztosított csak részleges térítési díj ellenében jogosult

a) a külön jogszabály szerinti terhesgondozás és a szülészeti ellátás kivételével az ellátást végző orvos Ebtv. 19. § (3) bekezdésében foglaltak szerinti megválasztására;

b) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra, ha azt a biztosított beutaló nélkül veszi igénybe, kivéve az Eütv. 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó - 9. számú mellékletben megnevezett - ellátásokat;

c) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásnak a beutalási rendtől eltérő igénybevételére, ide nem értve az Eütv. 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó - 9. számú mellékletben megnevezett - ellátásokat;

d) saját kezdeményezésére az ellátásnak az Ebtv. 19. § (1) bekezdésében foglaltaktól - többletköltséget okozó - eltérő tartalommal történő igénybevételére;

e) amennyiben állapota indokolja, ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és étkezést is;

f) az egészségügyi ellátás keretében igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra.

Az a), b) és c) pont esetén fizetendő részleges térítési díj mértéke annak az összegnek a 30 %-a, ami az adott ellátásért a külön jogszabályban foglaltak szerint az egészségbiztosító felé elszámolható azzal, hogy a biztosított által fizetendő összeg nem haladhatja meg a 100.000 Ft-ot.

Amennyiben a biztosítottnak ugyanazon ellátás igénybevételéért az a) és b), illetve a) és c) pont szerint is fizetnie kellene részleges térítési díjat, csak az a) pont szerinti díjfizetési kötelezettséget kell teljesíteni.

A c) pont alkalmazásában akkor minősül a beutalási rendtől eltérőnek az ellátás igénybevétele, ha arra nem a beutalón megnevezett egészségügyi Kórháznál kerül sor.

A b) és c) pont alkalmazásában sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet a 9 számú mellékletben meghatározott, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében fekvőbeteg-ellátás keretében végeznek, a diagnózis felállításától a tisztázott kórállapot első alkalommal történő szakszerű ellátásáig.

A részleges térítési díjakat a 284/1997. (XII.23.) Korm. Rendelet 1. sz. melléklete szabályozza, jelen Szabályzat 5. számú melléklete tartalmazza.

**EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ DÍJAK
SZABÁLYZATA****2.3. Emeltszintű egészségügyi szolgáltatás**

A Kórháznál az emelt szintű egészségügyi szolgáltatást igénybevevők (kísérők) által fizetendő térítési díjat a 6. számú melléklet tartalmazza.

2.4. Térítési díjak mérséklése, elengedése, részletfizetés

A térítési díj mérséklésére vagy elengedésére, illetve részletfizetés engedélyezésére a Főigazgató jogosult a hozzá intézett írásbeli kérelem, és a csatolt igazolások alapján

- a) méltányossági okból a biztosított beteg számára,
- b) a Kórház alkalmazottai és azok közvetlen hozzátartozói számára.

Részletfizetés engedélyezése esetén a térítési díj legfeljebb három részletben, legfeljebb három hónap alatt térítendő meg.

A térítési díj fennmaradó részének meg nem fizetése, vagy a részletfizetés elmaradása esetén fizetési meghagyás kibocsátását kell kezdeményezni a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróságnál.

- a) A beteg írásbeli kérelmére, a kezelőorvos javaslatára - kivételesen indokolt esetben - a Főigazgató méltányosságból a térítési díjat mérsékelheti, elengedheti vagy részletfizetést, adhat.

Az Ebtv. 26. § (1) bekezdése értelmében az OEP méltányosságból a biztosított által részleges térítési díj megfizetése mellett az egészségbiztosítás terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díját vagy annak egy részét átvállalhatja. A 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet alapján, a biztosított a területileg illetékes Megyei Egészségbiztosítási Pénztártól kérheti a térítési díj elengedését vagy mérséklését.

- b) A jelen Szabályzat 2.1.1, 2.1.2, 2.2.2. pontjaiban foglalt ellátások igénybevétele esetén a fenti kedvezmények a Kórház alkalmazottait és azok közvetlen hozzátartozóit (szülő, házastárs vagy élettárs, gyermek) illetik meg.

3. A TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGFIZETÉSÉNEK RENDJE

A szolgáltatások térítési díjának jegyzékét az ellátó osztályokon/egységeken a betegek számára hozzáférhető módon ki kell függeszteni.

A Szabályzat hatálya alá tartozó szolgáltatások nyújtása esetén az ellátás megkezdése előtt az ellátást végző osztály/egység a szolgáltatást igénybe venni szándékozót, illetve kísérőjét köteles felvilágosítani a térítési díj várható mértékéről.

A 2. számú adatlap szerinti formanyomtatvány több nyelven tartalmazza azon információkat, amelyből a beteg az általa ismert nyelven tájékoztatást kap az ellátás várható költségeiről.

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.

Az ellátást végző osztály/egység a kezelést követően a SANINET program szerinti megfelelő adatlapot tölti ki, amelyet a kezelőorvos aláír és lepecsétel.

**EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ DÍJAK
SZABÁLYZATA**

A 3., illetve 4. számú adatlap szerinti formanyomtatvány („ADATLAP fizető fekvő, illetve járóbeteg ellátásáról számla készítéséhez”) képezi a számla kiállításának alapját.

Az Informatikai és Kontrolling Csoport a fenti adatlapokon a beteg adatait feltünteti, elvégzi a HBCS/WHO kódolást, meghatározza a súlyszám/pontszám értékét, majd az adatlapot számla kiállítása céljából továbbítja a Pénzügynek.

A Pénzügy meghatározza a forintértéket, kiszámítja a fizetendő térítési díjat, ezt követően a számlát CompuTREND 2000 számítógépes program alkalmazásával, vagy - kivételesen - kézi kiállítású készpénz kifizetési számla igénybevételével kell kiállítani.

A számlának az alábbi adatokat kell tartalmaznia:

- a Kórház és a vevő (igénybe vevő) nevét, székhelyét (lakcímét),
- a Kórház adóigazgatási azonosító számát,
- a számla keltét,
- a végzett szolgáltatás SZJ számát, megnevezését,
- az értéket,
- a számla végösszegét,
- a fizetendő végösszeg általános forgalmi adó tartalmát százalékban kifejezve (humán egészségügyi szolgáltatás esetén : „tárgyi adómentes” megjelölést.)

A készpénzfizetési számlát átírással 3 példányban kell kiállítani, amelyből:

- az első példány az igénybe vevőé (vagy a hozzátartozóé),
- a második példány a bevételi pénztárbizonylat alapbizonylata, így annak melléklete, könyvelési bizonylat,
- a harmadik példány a betegdokumentáció részét képezi.

Az ellátást igénybevevő a számlát befizetési postautalványon vagy készpénzzel a házipénztárban egyenlítheti ki, amennyiben az a házipénztár nyitvatartási ideje alatt történik. Pénztárázást követően, illetve munkaszüneti napon az ellátást végző osztály, részleg átvételi elismervény ellenében köteles átvenni az összeget, amelyet a következő munkanapon a házipénztárba köteles befizetni, melyről a Pénzügy kiállítja a számlát.

A térítési díjakat főszabály szerint a szolgáltatás nyújtását követően, vagy a betegnek Kórháztól való eltávozása előtt kell megfizetni.

Valamennyi osztályon tételesen, kronologikus sorrendben az 5. sz. adatlap szerint nyilván kell tartani a térítési díj ellenében végzett vizsgálatokat és díjakat, valamint a vizsgálatban érintett személyeket. A nyilvántartásból két példányt kell készíteni, amelynek egyik példányát havonta le kell adni a Pénzügyre, a tárgyhónapot követő hónap 2. munkanapjáig bezárólag.

A pénzügyi osztályvezető a beérkezett listákat összeveti a befizetési adatokkal, majd a havi bevételekről jelentést készít a gazdasági igazgatónak, a tárgyhónapot követő hónap 10. munkanapjáig bezárólag.

A meg nem fizetett térítési díj nyilvántartása, beszédése, behajtása a Pénzügy feladata.



**EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ DÍJAK
SZABÁLYZATA**

III. JOGSZABÁLYI HIVATKOZÁSOK

- a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (Tbj.),
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.), valamint a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet,
- térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet,
- a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról szóló 46/1997. (XII. 17.) NM rendelet,
- az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet,
- a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól szóló 87/2004. (X. 4.) ESZCSM rendelet,
- a szociális biztonságról szóló 1408/71 EGK sz. rendelet, és a végrehajtásáról szóló 574/72 EGK sz. rendelet,
- államközi vagy kormányközi egyezmények,
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény,
- a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról szóló 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet

EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ DÍJAK
SZABÁLYZATA

IV. MELLÉKLETEK, ADATLAPOK JEGYZÉKE

KÓD	CÍM	Oldalak száma
IBSZ-DIJSZAB M01	Az aktív és krónikus fekvőbeteg szakellátás, valamint járóbeteg szakellátás és diagnosztikai ellátás díjtételei	01
IBSZ-DIJSZAB M02	A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjai	01
IBSZ-DIJSZAB M03	Halott hűtési és -kezelési díj	01
IBSZ-DIJSZAB M04	Adatszolgáltatással kapcsolatos térítési díjak	01
IBSZ-DIJSZAB M05	Az egyes részleges térítési díj mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díjai	01
IBSZ-DIJSZAB M06	Emelt szintű egészségügyi szolgáltatás térítési díjai	01
IBSZ-DIJSZAB M07	A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyéb egészségügyi szolgáltatás térítési díjai	01
IBSZ-DIJSZAB M08	Európai Gazdasági Térség tagállamai	01
IBSZ-DIJSZAB M09	Magyarországgal kötött sürgősségi betegellátásra vonatkozó államközi, illetve kormányközi szerződések országai és utódállamai	01
IBSZ-DIJSZAB M10	Sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek	02
IBSZ-DIJSZAB A01	Nyilatkozat EU állampolgár térítésmentes ellátásra jogosultságáról	04
IBSZ-DIJSZAB A02	Felvilágosítás (az ellátás várható költségeiről)	04
IBSZ-DIJSZAB A03	Adatlap Fizető fekvőbetegek ellátásáról számla készítéséhez	01
IBSZ-DIJSZAB A04	Adatlap Fizető járóbetegek ellátásáról számla készítéséhez	01
IBSZ-DIJSZAB A05	Összesítő a havi térítésköteles ellátásokról	01