KAZINCBARCIKAI KÓRHÁZ

3700 Kazincbarcika, Május 1 út 56.

Iktatószám: KBK/4511-1/2026

SZABÁLYZAT

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS TÉRÍTÉSI DÍJAINAK

ÜGYVITELI RENDJÉRŐL

A Térítési Díj Szabályzat a fenntartói jogok gyakorlására kijelölt szervezet, a Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház Főigazgatója jóváhagyásával lép hatályba.

Kazincbarcikai Kórház

.....

Dr. Bassler Beáta

főigazgató

Kazincbarcikai Kórház

Jóváhagyta:

Dátum: 2026.09.10.

BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN

Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház * Főigazgató *

.....

Dr. Kostyál László

mb. főigazgató

B.-A.-Z. Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház

Készítette:	Czövekné Kerékgyártó Veronika	Gazdálkodási Csoportvezető
Ellenőrizte:	Miskolci Andrea	Finanszírozási és Kontrolling Osztályvezető
Hatályba lépés dátuma:	2026. október 01.	Kiadás dátuma: 2026. 09. 11.

TARTALOMJEGYZÉK

1. A szabályzat célja *3*

2. Alkalmazási terület *3*

3. Jogszabályi hivatkozások *3*

4. Jogosultság ellenőrzés *4*

5. Ellátásra jogosultság *5*

5.1. Térítésmentes ellátásra jogosultak **5**

5.2. Részleges és kiegészítő térítési díj fizetésére kötelezettek **6**

5.3. Teljes térítési díj fizetésére kötelezettek **6**

6. Térítési díj *6*

6.1. Szakellátás igénybevétele, eljárásrend **6**

6.2. Térítésköteles ellátások, díj mértéke **7**

6.2.1 Térítési díj fizetésre kötelezett beteg/ellátás 7

6.2.2 Térítési díj mértéke: 9

6.3. Díjfizetés rendje **13**

6.4. Díjfizetés folyamata **14**

6.4.1. Járóbeteg ellátás 14

6.4.2. Fekvőbeteg ellátás 15

6.5. A térítési díj részletfizetése, díj fizetés kedvezményei **16**

7. Szankciók *16*

8. Mellékletek jegyzéke: *18*

1. A szabályzat célja

A szabályzat célja, hogy meghatározza a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető, illetve a csak kiegészítő, vagy teljes térítési díj megfizetése ellenében igénybe vehető egészségügyi ellátások, szolgáltatások esetében az eljárási szabályokat, illetve a fizetendő térítési díjak mértékét. Ennek érdekében a szabályzat tartalmazza:

- a jogszabályi hivatkozásokat
- a szabályzat hatályát
- az igénybevétel szabályait
- a térítési díjak megállapításának és befizetésének rendjét
- a térítési díjak mérséklésére, illetve elengedésére vonatkozó rendelkezéseket
- a nemfizetési szankciókat.

2. Alkalmazási terület

A szabályzat érvényes a Kazincbarcikai Kórház (továbbiakban: Kórház) által működtetett járóbeteg szakellátásban résztvevő munkahelyein, aktív fekvő és krónikus jellegű osztályain, valamint az egynapos ellátásra vonatkozóan. Külön szerződés alapján végzett térítéses egészségügyi tevékenységek díjszabása a szabályzatban leírtaktól eltérhet, de nem lehet kevesebb, mint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban: NEAK) által a Kórháznak hasonló tevékenységért fizetett díj.

3. Jogszabályi hivatkozások

- *Az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (továbbiakban: Ebtv.)*
- *217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról (továbbiakban: Ebtv. Vhr.)*
- *Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről*
- *A 284/1997.(XII.23.) Kormányrendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjairól*
- *A 46/1997. (XII.17) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról*
- *A 89/1995. (VII.14.) Kormányrendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról*
- A *2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről*
- *A 9/1993. (IV.2) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának kérdéseiről*
- *A 43/1999. (III.2) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól*
- *340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól*
- *28/2020. (VIII.19) EMMI rendelet a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól*
- *2011/24/EU európai parlamenti és tanácsi irányelv a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről*
- *883/2004/EK rendelet A szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról*

– *987/2009/EK rendelet a 883/2004/EK rendelet végrehajtásáról*

4. Jogosultság ellenőrzés

Minden finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató köteles az ellátás nyújtását megelőzően ellenőrizni az előtte megjelent beteg jogosultságát. Ha az ellenőrzés eredményeként az derül ki, hogy a beteg nem szerepel az NEAK jogviszony-nyilvántartásában, az ellátás nyújtását akkor sem lehet megtagadni, viszont erről az ellátást megelőzően a beteget írásban tájékoztatni kell.

Ha a visszajelzés"zöld" lámpát jelez, akkor a beteg a magyar biztosítás alapján ellátható.

Ha a lámpa „piros" akkor a TAJ érvényes, de a beteg biztosítása rendezetlen. A beteget el kell látni a NEAK finanszírozás terhére, de írásban tájékoztatni kell a rendezetlen jogviszonyról „Tájékoztató jogviszony rendezéséről 1. sz. melléklet".

Ha a visszajelzés"sárga" lámpát jelez, akkor a betegnek korlátozott ellátásra jogosító magyar biztosítása van.

Ha a lámpa „kék", akkor átmenetileg érvénytelen a TAJ, mivel a beteg az EU-ban biztosított. Az ellátást orvosilag szükséges esetben a külföldi biztosító által kiállított jogosultság-igazolással pl. EU kártya, vagy S2 kártyahelyettesítő nyomtatvány terhére el lehet végezni. Az ellátást a NEAK felé „0E" térítési kategóriában kell jelenteni. Tervezett ellátás, illetve nem orvosilag szükséges esetben a betegnek az ellátásért a szabályzatban meghatározott összeget kell fizetnie.

Ha a lámpa „barna", „B" kód: egyéb okból érvénytelen jogviszonyt jelent, mely esetben a térítési díjszabályzatban meghatározott összeget köteles fizetni a beteg az ellátásért. Az ellátást a NEAK felé „04" térítési kategóriában kell jelenteni. Ilyen személyek lehetnek pl. a más országban letelepedett magyar állampolgárok, akik a magyar lakóhelyüket megszüntették, vagy akik még nem szereztek jogosultságot a biztosítási jogviszony létesítésére, vagy azon külföldi munkavállalók, akiknek a magyarországi munkavégzése és ezzel a jogviszonya megszűnt.

Ha a lámpa „barna", „N" kód: 2020. július 1. napjától a NAV az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett személyek által teljesített járulékbefizetést külön tartja számon, és ha az elmaradás a hat havi összeget meghaladja, úgy – jogszabályi rendelkezés alapján – jelzést küld erről a tényről a NEAK-nak. **Az érvénytelenítés kódja „N", azaz érvénytelen NAV járuléktartozás miatt.** Mivel a jogszabály nem teszi lehetővé, hogy utólagos járulékrendezés esetén a jogviszony visszamenőlegesen érvényes legyen, a betegnek az ellátásért minden esetben fizetnie kell.

Ha a lámpa „szürke", akkor a TAJ ellenőrző rendszer nem működik, - melyet haladéktalanul jelezni szükséges az Informatikai Osztály felé - vagy nem TAJ szám szerepel a rendszerben (pl. útlevél)

5. Ellátásra jogosultság

5.1. Térítésmentes ellátásra jogosultak

A térítésmentes ellátásra való jogosultságot a beteg:

- Társadalombiztosító Azonosító Jel (TAJ),
- útlevél és útlevél számának (Államközi egyezmény keretein belül a szerződést kötött államok valamelyikében állampolgársággal rendelkező személy térítésmentesen **sürgősségi egészségügyi ellátás**t útlevelének bemutatása mellett veheti igénybe. Az ellátás nyújtását követően az eset jelentése a NEAK felé „**04**"-as térítési kategóriával „államközi szerződés alapján végzett ellátás" történik. Államközi egyezménnyel rendelkező országok állampolgárainak nem sürgős ellátása térítésköteles. Az útlevél másolatát, valamint a E-MedSolution medikai rendszerből nyomtatott, lepecsételt, aláírt adatlapot az érintett osztály köteles soron kívül a kontrolling és finanszírozási ügyintéző részére eljuttatni),
- menekült igazolvány és számának,
- menedékes igazolvány és számának,
- menekült, menedékes és oltalmazott státuszt kérelmező igazolvány és számának (A Magyarország területén tartózkodó menekült, menedékes és oltalmazott részére az elismerési eljárás megindítása iránti kérelem benyújtása előtt is térítésmentes a sürgős szükség szerinti ellátás. Ezen esetek elszámolása a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 4. § (10) bekezdésében meghatározottak szerint **„0S"** térítési kategóriában lehetséges. A nem sürgős ellátás térítésköteles! A dokumentumok másolatát az érintett osztály köteles soron kívül a kontrolling és finanszírozási ügyintéző részére eljuttatni),
- befogadott külföldi állampolgár igazolvány és számának vagy
- Költségvetésből támogatott ellátásra szóló engedély és azonosító vagy
- Európai Egészségbiztosítási Kártya, vagy kártyahelyettesítő nyomtatvány (CG/HU 111, BH/HU 111, SRB/HU 111) (kizárólag orvosilag halaszthatatlanul szükséges, illetve orvosilag szükséges ellátás. A NEAK finanszírozás feltétele „**0E**" térítési kategória és az „EU adatlap" kitöltése. Az uniós beteg jogosultságát igazoló ***formanyomtatvány vagy kártya másolatát*** minden esetben el kell küldeni a finanszírozási ügyintéző részére, legkésőbb az ellátást követő munkanapon (azoknak a magyar állampolgároknak az uniós kártyáját is, akik a jogviszony (TAJ) ellenőrzésekor „kék" jelzést kaptak.) Az uniós állampolgároknak a megfelelő európai formanyomtatvány/kártya felhasználásával lehetőségük van orvosi vény alapján társadalombiztosítási támogatásban részesülő gyógyszerre is. A gyógyászati segédeszköz ellátásra és gyógyfürdő szolgáltatásra csak a bővített ellátású formanyomtatvány szerinti orvosi ellátáshoz kapcsolódóan van lehetőség. *(nem azonos azzal a kártyával, amelyik csak az orvosilag szükséges ellátásra jogosít).*)
- E 112-es nyomtatvány (megjelölt ellátásokra jogosít) bemutatásával igazolja
- Brexit utáni szabályok: a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv. szerinti uniós betegek és a Magyarországon élő és TAJ kártyával rendelkező brit állampolgárok mellett a brit biztosító által kiállított Európai Egészségbiztosítási Kártyával rendelkező brit állampolgárok is költségtérítés nélkül

jogosultak ellátásra. Az érvényes brit EU kártyával rendelkező brit biztosítottak magyar közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál az orvosilag szükséges és indokolt ellátások vonatkozások továbbra is jogosultak térítésmentes egészségügyi ellátásra úgy, mint 2020. december 31. előtt. A részükre nyújtott ellátást ugyanúgy „0E" térítési kategóriában kell jelenteni, és az ellátásért járó finanszírozási díjat a NEAK megfizeti

A fentiek hiányában az ellátásért térítési díjat kell fizetni.

5.2. Részleges és kiegészítő térítési díj fizetésére kötelezettek

- Az egészségügyi szolgáltató – a biztosított kérése esetén – **kiegészítő térítési díj** ellenében többletszolgáltatást nyújthat (pl. magasabb színvonalú elhelyezés) ha a szerződése szerinti kapacitáson folyamatosan és teljes körűen tud szolgáltatást nyújtani.
- Amennyiben a beteg ellátása az intézményben általánosan alkalmazott szakmai anyagoktól eltérő, magasabb értékű szakmai anyagot igényel, az ebből eredő többletköltséget a beteg köteles megfizetni, a beszerzési számla alapján. Az Ebtv. 23/A. § *c)* pontja alapján az ***ápolási osztályon*** orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén, illetve ***krónikus fekvőbeteg-ellátásban*** ápolási díjjal finanszírozott biztosított után ***kiegészítő térítési díjat*** kell fizetni.

5.3. Teljes térítési díj fizetésére kötelezettek

A 6.2.1 pontban felsorolt személyek.

6. Térítési díj

Minden térítésköteles esetre vonatkozik, hogy nem sürgős ellátásra csak akkor kerülhet sor, ha a beteg előzetesen kifizette az ellátást, vagy a biztosítója írásban vállalta az ellátás kifizetését.

6.1. Szakellátás igénybevétele, eljárásrend

Az ellátó munkahely **sürgős és tervezett esetben is köteles kitölteni** a „Járóbeteg/fekvőbeteg szolgáltatás nyilvántartási lapot (5.sz. és 6.a. sz. melléklet) (Térítéses ellátást igénybe vevő betegek számára)", *amely alapján a beteg a díjat vagy az ellátó osztályon, vagy a pénztári nyitva-tartás ideje alatt a pénztárban befizetheti. A várhatóan 500eFt-ot meghaladó ellátás esetén a „Érvényes magyar biztosítással (érvényes TAJ kártyával) nem rendelkező betegek tervezett gyógykezelésének engedélyezése" adatlapot* (19. sz. melléklet) is kötelező kitölteni, és a főigazgatóval engedélyeztetni. Ilyen esetben az akut életveszély elhárítása, az állapotromlás megakadályozásán felüli ellátás csak az engedély birtokában végezhető.

Nagy értékű térítéses egészségügyi ellátás

- A Főigazgató engedélye szükséges:
  - Tervezett ellátásnál a Főigazgató engedélye szükséges abban az esetben, ha a várható költség az 500 000 Ft-ot meghaladja.
  - Sürgős ellátás esetén amennyiben várhatóan 500 000 Ft feletti a költség a felvételt követő munkanapon kötelező a főigazgató tájékoztatása
- Az ezektől eltérő ellátások esetén a sürgős térítéses ellátást az osztályvezető vagy az ügyeletvezető, a tervezett ellátást az osztályvezető főorvos engedélyezi, díjazás az általános szabályok szerint.

Az elvégzett térítéses ellátásokról (esetszám, kifizetett összeg, nem kifizetett ellátás) az ellátást végző osztály:

- sürgős ellátás esetén a betegfelvétel napján, vagy az azt követő munkanapon tájékoztatja,
- nem sürgős ellátás esetén a felvételt megelőzően egyeztet a finanszírozási ügyintézővel. Az elkészített zárójelentés másolatot, melyen szerepel a beteg adata, felvételi diagnózisa, aláírás, pecsét – az ellátást végző osztály megküldi a finanszírozási ügyintézőnek, aki ez alapján ellenőrzi a dokumentációt és egyezteti a Gazdálkodási csoporttal a befizetéseket.

A fizetésre kötelezett betegeket a medikai rendszerben mindig „04"-es térítési kategóriával kell rögzíteni, függetlenül attól, hogy az ellátást a beteg megtérítette. A térítéses ellátás során kezdeményezett diagnosztikai vagy terápiás vizsgálatok szintén térítéskötelesek (minden munkahelyen „04"-es térítési kategóriával kell rögzíteni).

6.2. Térítésköteles ellátások, díj mértéke

6.2.1 Térítési díj fizetésre kötelezett beteg/ellátás

a) Azok a személyek, akik nem rendelkeznek a térítésmentes ellátás igazolásához szükséges dokumentumokkal

b) EU-s beteg chipes EU kártyával (döntően német vagy osztrák EU kártya) amennyiben nem azonosítható a biztosítási szám és a biztosítás érvényessége.

c) EU-s beteg, ha nem orvosilag szükséges, tervezett ellátást vesz igénybe (S2 vagy E112 nyomtatvány nélkül)

d) Jogszabályban meghatározott, a kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások (alkalmassági vizsgálatok, véralkohol, kábítószer vizsgálatok, látlelet, detoxikálás).

e) Korlátozott magyar egészségügyi biztosítással (TAJ kártya) rendelkező beteg esetén térítési díj kérhető azokért az ellátásokért, amelyet a NEAK az adott TAJ kártyára nem fizet ki (a megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy a fogászati ellátások közül támogatással csak sürgősségi ellátást vehet igénybe. Nem jogosult az EGT tagállamban vagy egyezményes államban egészségügyi szolgáltatások igénybevételére a magyar egészségbiztosító terhére és így az esetlegesen igénybe vett ellátások utólagos megtérítésére, illetve a transzplantációs várólistára kerülésre sem.

Továbbá nem veheti igénybe a Magyarországon nem hozzáférhető gyógyító eljárásokat a magyar egészségbiztosítása terhére egy másik országban).

f) Magyar biztosítással rendelkező beteg az Ebtv. Vhr. 4. § (1) a) pontja szerinti esetekben olyan ellátásért, aminek **a beutalóját a NEAK-kal nem szerződött munkahely** (pl. magánorvos) állította ki és a vizsgálat nem sürgős.

g) A társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény (a továbbiakban Tbj) alapján az a személy, akinek az egészségügyi szolgáltatási járulék tartozása meghaladja a havi összeg hatszorosát.

h) Azok a magyar állampolgárok, akik életvitelszerűen nem Magyarországon élnek, és ezért a TAJ számuk ideiglenesen vagy véglegesen érvénytelenítésre került. (érvényes TAJ számhoz gyermek és felnőtt esetén is bejelentett magyarországi lakcímmel kell a betegnek rendelkeznie.).

i) Magyar biztosítással rendelkező beteg, aki beutaló köteles munkahelyre beutaló nélkül érkezik és a vizsgálat nem sürgős, de a beteg ragaszkodik hozzá.

j) A nem egészségügyi okból végzett művi meddővé tételre vonatkozóan:

- Amennyiben a sterilizálásra nem orvosi indokból kerül sor, akkor azt a beteg kizárólag térítés ellenében veheti igénybe. (9. sz. melléklet)
- Tekintettel arra, hogy a beavatkozás tervezett, az időpont egyeztetésekor a beteg kezébe kell adni azt a kitöltött nyomtatványt (térítéses ellátásról) aminek alapján a beteg a nyomtatványon szereplő összeget a Pénztárban befizeti. A Pénztár a befizetett összegről számlát állít ki, melyről másolat megküldésével tájékoztatja a finanszírozási ügyintézőt.
- A beteg felvételére az összeg befizetését követően, a „04"-es térítési kategóriával kerülhet sor.
- A Pénzügyi Csoport minden hónapban elküld egy listát a finanszírozási ügyintézőnek, hogy az előző jelentés óta kik fizettek térítési díjat sterilizálásért. A listán (nem az utalványok másolatát kell küldeni) szerepelnie kell a beteg nevének, címének és az ellátás várható dátumának.
- A Finanszírozási Ügyintéző a kapott lista alapján ellenőrzi a betegek dokumentációját.
- Ha a beteg ellátása során olyan betegségre és ennek következtében beavatkozásra kerül sor, amely NEAK térítésre jogosult, akkor annak alapján kell a beteget a NEAK felé jelenteni, és az általa befizetett összeget a beteg részére vissza kell fizetni. Ez utóbbi esetben nem lehet az ellátás indoka sterilizálás.

k) A NEAK által nem finanszírozott ellátás *(pl. biztosító társaság által kért vizsgálat, menedzserszűrés, NEAK által időkorlát miatt nem finanszírozott beavatkozás vagy szakmailag elfogadott, de NEAK térítéses ellátásba még nem befogadott ellátás, stb.).*

l) Olyan többletszolgáltatás, amit a NEAK által finanszírozott díj nem tartalmaz (pl. egyágyas szoba).

m) A nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi ellátásokat nem lehet az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe venni. Aki ilyen ellátást magánfinanszírozásból elvégeztet, az eredeti állapot visszaállításához szükséges egészségügyi ellátást sem veheti az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe. Ennek

megfelelően akár az akut szövődmény sürgős ellátása, akár a tervezhető visszaállítás kizárólag térítéses ellátásként végezhető a szabályzatban részletesen leírtak szerint.

n) Különösen veszélyes (extrém) sportolás közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé váló ellátások esetén a térítési díj a térítési szabályzatban a nem E Alapból finanszírozott tevékenységekre meghatározott módszerrel számított érték. Az Ebtv. 18. §-a (6) bekezdésének e) pontja alkalmazásában különösen veszélyes (extrém) sportnak minősül:
   a) vízisízés,
   b) jet-ski,
   c) vadvízi evezés,
   d) hegy- és sziklamászás az V. foktól,
   e) magashegyi expedíció,
   g) bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping),
   h) falmászás,
   i) roncsautó (auto-crash) sport, rally,
   j) hőlégballonozás,
   k) félkezes és nyílttengeri vitorlázás,
   l) sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés

6.2.2 Térítési díj mértéke:

Az egészségügyi ellátás térítési díjának alapja 9/1993. (IV.2) NM rendelet 2. számú mellékletében szereplő járóbeteg szakellátási tevékenység kódok és a hozzájuk tartozó német pont, valamint a 5., illetve 6. számú mellékletben található HBCs csoportok és a hozzájuk tartozó súlyszám.

Az aktív fekvőbeteg ellátás térítési díjának megállapítása során alkalmazott homogén betegségcsoportok (HBCs) és a hozzájuk tartozó súlyszám. A homogén betegségcsoportok (HBCs) súlyszám értéke az adott betegségcsoportokhoz tartozó ellátás költségeit tartalmazza, magában foglalva a hotel-és étkezési költségeket is. Amennyiben az ellátás időtartama meghaladja az adott betegségcsoport felső határnapját, úgy az ellátás költsége kiegészül a felső határnapot meghaladó napok térítési díjával. A kiegészítő térítési díj alapja azon ápolási napok száma, amennyivel az ellátás a betegségcsoport felső határnapját meghaladja. Ezeket az ápolási napokat hosszú ápolási napnak nevezzük.

Hosszú nap összege: a felső határnapot meghaladó napok száma* a mindenkori, NEAK által meghatározott krónikus napidíj 75%-a.

Krónikus fekvőbeteg ellátás esetén: a Korm. rendelet 8. sz. melléklete szerinti krónikus szorzóval súlyozott ápolási napok száma.

A beteget az ellátást végző orvos tájékoztatja a térítési díj mértékéről, valamint arról, hogy ez a díj az ellátás hosszától és az esetleges komplikációktól függően változhat.

6.2.2.1 Chipes EU kártya (döntően német, osztrák EU kártyák)

a) járóbeteg ellátás:

Sürgős:
Fizetendő díj = Elvégzett beavatkozások összesített német pontja * mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás német pont/Ft értéke *(5. sz. melléklet)*

Tervezett:
Fizetendő díj = Elvégzett beavatkozások összesített német pontja * mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás német pont/Ft értéke * **2** *(5. sz. melléklet)*

b) ***aktív fekvőbeteg ellátás:***

Sürgős:
Fizetendő díj = Súlyszám * mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás súlyszám/Ft értéke *(6.a. sz. melléklet)*

Tervezett:
Fizetendő díj = Súlyszám * mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás súlyszám/Ft értéke ***1,5** *(6.a. sz. melléklet)*

c) ***krónikus fekvőbeteg ellátás:***

Fizetendő díj = Krónikus/rehabilitációs osztályon töltött napok száma * mindenkori, NEAK által fizetett napidíj *(6.b. sz. melléklet)*

Ez a forint érték nem tartalmazza a CT/MR vizsgálatok árát, ezeket a vizsgálatokat a számlázandó tételek között külön fel kell tüntetni.

Fontos! Az így kapott forintértékek **nem tartalmazzák a beépített egyedi nagyértékű/esetfinanszírozott eszközöket** (számlázási alap a beszerzési bruttó érték), vagy a más intézménytől vásárolt nagyértékű diagnosztikákat (számlázási alap a német pont szerinti érték). Ezeket a számlázandó tételek között külön fel kell tüntetni.

6.2.2.2 Rendezetlen jogviszony miatt érvénytelen TAJ számmal rendelkező beteg (barna TAJ - „B" és „N" kód)

a) ***járóbeteg ellátás:***

„B" kód (egyéb okból érvénytelen) esetén:

Sürgős:
Fizetendő díj = Elvégzett beavatkozások összesített német pontja * mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás német pont/Ft értéke* **2** *(5. sz. melléklet)*

Tervezett:
Fizetendő díj = Elvégzett beavatkozások összesített német pontja * mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás német pont/Ft értéke* **2** *(5. sz. melléklet)*

„N" kód (NAV egészségügyi járuléktartozás) ellátás esetén:

Sürgős:
Fizetendő díj = Elvégzett beavatkozások összesített német pontja * mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás német pont/Ft értéke *(5. sz. melléklet)*

b) ***aktív fekvőbeteg ellátás:***

„B" kód (egyéb okból érvénytelen) esetén:

Sürgős:
Fizetendő díj = Súlyszám * a mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás súlyszám/Ft értéke * **1,5** *(6.a. sz. melléklet)*

Tervezett:
Fizetendő díj = Súlyszám * a mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás súlyszám/Ft értéke * **1,5** *(6.a. sz. melléklet)*

„N" kód (NAV egészségügyi szolgáltatási járuléktartozás) esetén:

Sürgős:
Fizetendő díj = Súlyszám * mindenkori, NEAK által meghatározott súlyszám/Ft értéke, maximum 750.000 Ft *(6.a. sz. melléklet)*

c) ***krónikus fekvőbeteg ellátás:***

Fizetendő díj = Krónikus/rehabilitációs osztályon töltött napok száma * a szabályzat 6.. sz. Napi ápolási díjak melléklete szerinti díjtétel ***1,5** *(6.b. sz. melléklet)*

6.2.2.3 Hiányzó EU kártya, nem EU-s és nem államközi egyezményes beteg esetén

a) ***a járóbeteg ellátás:***

Sürgős:
Fizetendő díj = Elvégzett beavatkozások összesített német pontja * a mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás német pont/Ft értéke ***2** *(5. sz. melléklet)*

Tervezett:
Fizetendő díj = Elvégzett beavatkozások összesített német pontja * a mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás német pont/Ft értéke ***2** *(5. sz. melléklet)*

b) ***a fekvőbeteg ellátás:***

Sürgős:
Fizetendő díj = Súlyszám * a mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás súlyszám/Ft értéke ***1,5** (6.a. sz.melléklet)*

Tervezett:
Fizetendő díj = Súlyszám * a mindenkori, NEAK által meghatározott finanszírozás súlyszám/Ft értéke ***1,5** (6.a. sz.melléklet)*

c) ***krónikus fekvőbeteg ellátás:***

Fizetendő díj = Krónikus/rehabilitációs osztályon töltött napok száma * a szabályzat 6. sz. Napi ápolási díjak melléklete szerinti díjtétel ***1,5** (6.b. sz. melléklet)*

Fontos! Az így kapott forintértékek nem tartalmazzák a beépített egyedi nagyértékű/esetfinanszírozott eszközöket (számlázási alap a beszerzési bruttó érték), vagy a más intézménytől vásárolt nagyértékű diagnosztikákat (számlázási alap a német pont szerinti érték). Ezeket a számlázandó tételek között külön fel kell tüntetni!

6.2.2.4 Ápolási Osztályon fekvőbeteg ellátásban:

Az Ápolási Osztályon a betegek külön ápolási szerződést kötnek, mely tartalmazza a beteg személyes adatait, a hozzátartozó adatait és a fizetendő térítési díjat. A szabályzat 6/c. sz. melléklete részletezi a kényelmi szolgáltatások körét, valamint a fizetendő díjat.

6.2.2.5 NEAK által nem finanszírozott ellátások díjtételei

a) Intézetünkben lehetőség van olyan ellátások végzésére, amelyek a szakma által elfogadott eljárások, de jelenleg nem tartoznak a NEAK által finanszírozott körbe. Ezekben az esetekben a beteg, vagy a magán biztosítója a teljes ellátás összegét köteles megfizetni, függetlenül attól, hogy rendelkezik-e érvényes biztosítással:

   - **Lökéshullám kezelés** térítési díját a 9. sz. melléklet tartalmazza
   - **Mckenzie kezelés** térítési díját a 9. sz. melléklet tartalmazza
   - **Schroth terápiás kezelés** térítési díját a 9. sz. melléklet tartalmazza
   - **Laparoszkópos sterilizálás** térítési díját a 9. sz. melléklet tartalmazza

b) Beutaló köteles vizsgálat beutaló nélkül (amennyiben a vizsgálat nem sürgős), illetve beutaló köteles munkahely magánorvosi beutalóval történő igénybevétele esetén a térítési díj összege megegyezik a 6.2.2.3 pontban meghatározott díjtételekkel.
c) Az esztétikai vagy rekreációs célú egészségügyi ellátások igénybevétele, illetve ezen beavatkozások szövődményének ellátása, valamint a különösen veszélyes sportolás közben bekövetkezett baleset ellátása után fizetendő térítési díj összege megegyezik a 6.2.2.3 pontban meghatározott díjtételekkel.

d) Jogszabályban meghatározott, a kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások (alkalmassági vizsgálatok, véralkohol, kábítószer vizsgálatok, látlelet, detoxikálás) után az ***10. sz. melléklet*** alapján meghatározott összeg fizetésére kötelezett az igénybevevő.
e) A 89/1995. (VII.14) Korm.rend. 1. sz. mellékletében foglaltak szerint a foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok térítési díja a ***11. sz. melléklet*** alapján
f) Emelt szintű szolgáltatást biztosító kórtermek igénybevételére kérelem alapján a ***12. sz. melléklet,*** az igénybevételre vonatkozó megállapodás a ***12/a. illetve 12/b. melléklet,*** valamint az elszámoló lap a ***12/c. sz. melléklet*** alapján
g) Halotthűtéssel és halottkezeléssel kapcsolatos költségek a ***13. sz. melléklet*** alapján
h) Egészségügyi dokumentáció-másolat kiadására vonatkozó térítési díj a ***14. sz. melléklet*** alapján
i) A Kórház lehetőséget biztosít a kísérő személyek elhelyezésére, kérelem alapján a ***15. sz. melléklet*** szerint, amely tartalmazza az igénybevételre vonatkozó megállapodást, valamint a térítési díjat tartalmazó elszámoló lapot.
j) A nem egészségügyi okból végzett művi meddővé tétel kapcsán az az összeg ami a ***9. sz. melléklet*** tartalmaz.

Kivételt képez: a fogyatékos beteg kísérője, valamint a 14. évesnél fiatalabb beteg gyermekkel a kezelés idején lévő szülője/törvényes képviselője és közeli hozzátartozója részére biztosított szállás, melyet esetükben a Kórház térítésmentesen biztosít.

6.3. Díjfizetés rendje

A betegellátó munkahelyek kötelesek a lehető legalaposabban eljárni a betegdokumentáció rögzítése során. A Kórház csak abban az esetben tudja az ellátás után járó összeget behajtani, ha ehhez minden szükséges adat a rendelkezésére áll.

A dokumentációs fegyelem érvényesítése az osztályvezető, illetve a vizsgálatot végző orvos felelőssége.

a) A szolgáltatás teljesítése előtt az érintettet külön tájékoztatni kell a térítési díj várható mértékéről, a fizetés módjáról, helyéről, a nem fizetési szankciókról. A tájékoztatás megtörténtét az érintett aláírásával igazolja.

b) Tájékoztatni kell a betegeket arról, hogy a tévesen befizetett/átutalt térítési díjat a ***számla/nyugta leadása esetén*** a Kórház házipénztára visszatéríti. Utólagosan észrevett tévedés esetén az ellátást végző osztály írásban tájékoztatja a finanszírozási ügyintézőt a betegről és a visszafizetendő összegről, aki jelzi a kifizetés tényét a Kórház házipénztárának, a pénztár utasítás alapján megteszi a visszafizetést/Gazdálkodási csoport 8 munkanapon belül visszautalja a beteg részére.

c) ***Járóbeteg ellátásban nem sürgős esetben*** az ellátott a térítési díjat előre köteles befizetni. Az ellátás csak a befizetést igazoló nyugta/számla átvétele után kezdődhet el.

d) ***Sürgős ellátás*** esetén a betegnek joga van az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalmának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez anélkül, hogy a térítési díjat előre kifizette volna. Az ellátás után azonban a betegnek a térítési díjat meg kell fizetnie.

e) Az első ellátóhely köteles tájékoztatni a fizető beteget a kiegészítő vizsgálatokról (labordiagnosztikai, radiológiai, szövettani, stb. vizsgálatok) és azok várható költségeiről. A medikai rendszerben a vizsgálatkérésnél a kérőlapon is figyelni kell arra, hogy a további vizsgálatok is „04"-es térítési kategóriával történjenek.

f) ***Fekvőbeteg ellátásban*** tervezett ellátás esetén a Kórház - a szolgáltatás fedezetének biztosítása érdekében - a szolgáltatás megkezdése előtt a várható összköltség egészére előleget kérhet és erről részszámlát adhat.

Aktív ellátásban a betegellátási díjelőleget 7 naponként előre kell befizetni.

Krónikus ellátásban a tervezett ápolási napra, hosszabb ápolásnál havonta kell fizetni.

Az ápolás befejezésekor a tényleges ápolási nap figyelembevételével összesített számlát kell kiállítani, mely tartalmazza a már befizetett részösszeget és a még hátralévő befizetendő összeget.

Nem sürgős ellátás esetén a beteg az előleg befizetése előtt nem vehető fel az intézménybe!

6.4. Díjfizetés folyamata

6.4.1. Járóbeteg ellátás

- A járóbeteg ellátásban a számla elkészítéséhez az ***5. sz. melléklet Járóbeteg szolgáltatás igénylő lap*** nevű formanyomtatványt kell kitölteni. Elérhető a Kórház belső Intranetes oldalán a formanyomtatványok között
- Az igénylő lapot a szolgáltatást végző orvos köteles kitölteni.
- A beteg azonosító adatai a beteg által bemutatott igazolvány alapján kerülnek kitöltésre. (igazolvány hiányában bemondás alapján is kitölthető, de ennek tényét a dokumentumon jelezni kell)
- Az igénylő lapot (**amely 3 példányban kitöltendő**) a szolgáltatást igénylő beteg, a kezelést végző orvos és az osztályvezető vagy ügyelet vezető főorvos írja alá. A kiszámított összeg befizetését a beteg vagy hozzátartozója a Kórház házi pénztárába köteles megtenni.
- **A dokumentáció kitöltése során kiemelt figyelemmel kell lenni arra, hogy minden beavatkozás a megfelelő németpont-értékkel és szorzóval kerüljön rögzítésre.**
- Az igazolás rovatot a pénz átvevője tölti ki.
- Az igénylő lap egyik példánya a Kórház házi pénztárában marad, a másik a betegszámlával együtt az ellátottnak visszaadásra kerül, aki a befizetés igazolásának bemutatásával tudja igazolni, hogy befizetési kötelességének eleget tett. Ezek után nyújtható az ellátás, majd kiadható számára az ambuláns lap, illetve a szükséges receptek, stb. A 3. példányt a finanszírozási ügyintéző kapja ellenőrzési célból.
- A Gazdálkodási csoport köteles havonta jelenteni összesített formában a befizetéseket a finanszírozási ügyintéző felé.

6.4.2. Fekvőbeteg ellátás

- A fekvőbeteg ellátásban a számla elkészítéséhez a ***6/a. és 6/b. sz. melléklet fekvőbeteg szolgáltatás igénylő lapot*** kell kitölteni három példányban.
- ***Az igénylő lapot***, a szolgáltatást végző orvos köteles kitölteni.
- A beteg azonosító adatai a beteg által bemutatott igazolvány alapján kerülnek kitöltésre. (igazolvány hiányában bemondás alapján is kitölthető, de ennek tényét a dokumentumon jelezni kell)
- ***Az igénylő lapot***, (**amely 3 példányban kitöltendő**) a szolgáltatást igénylő beteg, a kezelést végző orvos és az osztályvezető főorvos írja alá.
- ***Az igénylő lap*** kitöltése a kezelést végző osztály feladata. Feltünteti:
  - = a felvételt indokló fődiagnózist,
  - = a tervezett műtéti beavatkozást,
  - = a várható ápolási napok számát,
  - = a tételes elszámolású implantátum megnevezését,
  - = a tervezett nagyértékű diagnosztikai vizsgálatokat,
  - = az ellátandó eset várható HBCS súlyszámát (melyből a képlet szerint a fizetendő díj meghatározható)
  - = illetve az ápolási napok számának függvényében a NEAK szerinti aktuálisan érvényben lévő krónikus napidíj kétszerese

  Ezen összeget a beteg egy összegben befizeti munkaidőben a Kórház házi pénztárba, munkaidőn túl a Belgyógyászati Ambulancián.

  Az igénylő lap egyik példánya a Kórház házi pénztárában marad, a másik a betegszámlával együtt az ellátottnak visszaadásra kerül, a 3. példányt a finanszírozási ügyintéző kapja ellenőrzés céljából. Ha az ellátás végeztével a befizetett összeg és az ellátás végösszege egymástól eltér, az ellátást igénybe vevő a többletköltséget befizetni köteles, illetőleg túlfizetés esetén visszatérítésre jogosult. A Gazdálkodási csoport köteles havonta jelenteni összesített formában a befizetéseket a finanszírozási ügyintéző felé.

6.4.3. Ápolási Osztály és az Ápolási Szerződés szerinti ápolási díjának rendezése

- A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23) Korm. rendelet 1. számú mellékletének 5. pontja alapján az Ápolási osztályon orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén, illetve Krónikus Osztályon ápolási díjjal finanszírozott biztosított után a kiegészítő térítési díj 800 Ft/nap, mely díjat a ***6/c.sz. mellékletben*** meghatározott összegek tartalmazzák.
- Az Egyéni Ápolási Szerződés alapján felvett betegek a havi fizetési kötelezettségüket a szabályzat ***17. sz. melléklete „Ápolási díj befizetés"*** adatlapja alapján teljesítik a szerződésben ***(16. sz. melléklet)*** rögzített feltételek szerint.
- A térítési díjat a Kórház házi pénztárába számla ellenében lehet a pénzügyi ügyintézőnél befizetni. A szerződésben rögzíthető, hogy a befizetés utalással történik. Ebben az esetben a Pénzügyi csoport utólag küldi meg a számlát a befizetőnek.
- **Készpénzfizetés esetében a számla egy példányán átvételre kerül a hozzátartozónak.** A hozzátartozó által aláírt számla a pénztárban kerül lefűzésre.

- A szabályzat ***18. sz. melléklete*** alapján ***„Ápolási díj visszafizetés"*** adatlapot szükséges használni abban az esetben, amikor valamilyen oknál fogva az igénybe nem vett napokra járó befizetett ápolási díjat a befizetőnek vissza kell fizetni.

6.5. A térítési díj részletfizetése, díj fizetés kedvezményei

A szolgáltatást igénylő írásbeli kérelemmel fordulhat a Főigazgatóhoz, melyben fel kell tüntetni a kérelem részletes indokát és az azt igazoló okmányok másolatát.
Az egészségügyi szolgáltatás díj részletfizetési iránti igény tárgyában érkezett kérelmek elbírálása a Főigazgató vagy SZMSZ szerinti helyettese hatáskörébe tartozik.
Tervezett szolgáltatás igénybevétele esetén a díj utólagos mérséklése, utólagos részletfizetés nem engedélyezhető.

6.5.1. NEAK finanszírozott egészségügyi ellátás díjának mérséklése, vagy részletfizetés

A kedvezmény mértéke egyedi elbírálás alapján kerül megállapításra az önköltségi ár és a NEAK finanszírozás, valamint egyéb, a kérelemben szereplő indokok figyelembevételével, de összege nem lehet kevesebb, mint a NEAK finanszírozás összege. Engedélyezés esetén annak mértékét és formáját a bizonylaton „Egyéb megjegyzések" rovatban kell feltüntetni. ***(5.sz. melléklet; 6/a vagy 6/b sz. melléklet)*** Amennyiben a díj fizetését valamely szervezet, alapítvány vállalja át, a szándéknyilatkozatot, a fizetés módját, idejét és feltételeit mellékelni kell a Szolgáltatás igénylőhöz.

6.5.2. A 6.2.2.5. pontban felsorolt nem NEAK finanszírozott egészségügyi ellátások

Nincs lehetőség a szolgáltatás díjának elengedésére, mérséklésére, vagy részletfizetésre.

6.5.3. Halotthűtéssel és halottkezeléssel kapcsolatos költségek

A Kórház dolgozói kedvezményt biztosíthat a munkavállalói részére. A dolgozói kedvezmény kizárólag közvetlen hozzátartozó (szülő, gyermek, testvér, házastárs/élettárs) elhalálozása esetén adható. A halotthűtési díj és a halottkezeléssel kapcsolatos költségek dolgozói kedvezménye 50% mértéke. A Kórház létszám állományában lévő dolgozó elhalálozása esetén a Kórház térítésmentesen biztosítja a halotthűtési díjat és nem számol fel halottkezeléssel kapcsolatos költségeket.
A főigazgatóhoz beérkező kérelem alapján a kedvezményre, illetve térítésmentességre való jogosultságot minden esetben a munkaügyi csoport igazolja és visszajelez a főigazgató felé. A kedvezmény csak főigazgatói engedéllyel érvényesíthető.

7. Szankciók

Nem sürgős ellátás esetén, amennyiben a szolgáltatást igénylő a kért díjat, előleget nem fizeti meg, a Kórház az ellátást nem végzi el.

Ha az igénylő részére a főigazgató részletfizetési kedvezményt biztosított, úgy a szolgáltatást nyújtó az ellátás megkezdése előtt köteles kitöltetni a beteggel a ***Kötelezvényt Tartozást elismerő nyilatkozatot 20. sz melléklet.*** A kötelezvény kitöltésekor fokozottan figyelni kell arra, hogy a beteg, illetve biztosítójának azonosítása az esetleges utólagos behajtáshoz pontosan történjen meg.

Amennyiben a tartozás nem kerül kiegyenlítésre, annak behajtása érdekében a Gazdálkodási Csoportfizetési felszólító levelet küld a beteg részére. A fizetés elmaradása esetén az esetleges kontroll vizsgálatokat az intézet megtagadhatja, amennyiben annak szakmai és jogszabályi feltételei fennállnak. Az eredménytelen fizetési felszólítást követően a teljes dokumentáció tovább küldésre kerül az Irányító Intézmény Jogi Osztálya felé a tartozás behajtása érdekében.

8. Mellékletek jegyzéke:

Mellékletek	
1.sz.	Tájékoztató jogviszony rendezéséről
2. sz.	Sürgősségi ellátások
3. sz.	Országkódok EU kártya alkalmazásához
4. sz.	Államközi egyezmények
5. sz.	Járóbeteg szakellátás és igénylőlap
6. sz.	Fekvőbeteg szakellátás és igénylő lap
7. sz.	Jogosultság alapján történő elszámolás
8. sz.	Beutalási rend
9. sz.	NEAK által nem finanszírozott ellátások térítési díja
10. sz.	Térítésköteles eü. tevékenységek összefoglaló táblázata
11.sz.	Foglalkozás-egészségügyi szolgáltatások térítési díjai
12.sz	VIP szoba kérelem, megállapodás és igénylőlap
13.sz.	Halott kezelés és hűtés
14.sz.	Egészségügyi dokumentáció másolásának térítési díja
15.sz.	Kísérő személy kérelem, megállapodás, igénylőlap
16.sz.	Ápolási szerződés és megszüntetés
17.sz.	Ápolási díj befizetés
18.sz.	Ápolási díj visszafizetés
19.sz	Magyar egészségbiztosítással nem rendelkező betegek tervezett gyógykezelésének engedélyeztetése. Adatlap biztosítással nem rendelkező személy fekvőbeteg osztályra történő tervezett felvételéről.
20.sz.	Kötelezvény