



Budapesti Szent Margit Kórház

(székhely: 1032 Budapest, Bécsi út 132.)

TÉRÍTÉSI DÍJSZABÁLYZAT

Kiadás napja: 2024. 2024 MÁRC 14.
Hatálybalépés napja: 2024. 2024 MÁRC 14.


.....
Dr. Virág József PhD.
mb. főigazgató
Budapesti Szent Margit Kórház



Jóváhagyta:


.....
Dr. Ralovich Zsolt
irányító vármegyei intézmény
főigazgató

Jóváhagyás helye, napja:
Budapest, 2024. 2024 MÁRC 14.



Bevezető

A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23.) Kormányrendelet 1. § (6) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján - az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: **OKFŐ**) és az Észak-budai Szent János Centrumkórház, mint irányító vármegyei intézmény (a továbbiakban: **Irányító vármegyei intézmény**) által záradékban foglalt jóváhagyással - a Budapesti Szent Margit Kórház (továbbiakban: **Intézmény/Kórház**) a hatáskörében megállapítható térítési díjak megállapításának, nyilvánosságra hozatalának és befizetésének rendjét, valamint az Intézmény által megállapított térítési díj mérséklésére vonatkozó rendelkezéseket a jelen szabályzat szerint állapítja meg.

A jelen szabályzatban meghatározott díjaktól eltérő mértékű díjat kizárólag kötelező erejű jogszabályi rendelkezés, valamint az OKFŐ által jóváhagyott és elfogadott egyedi megállapodás állapíthat meg, azzal, hogy a szerződéssel megállapított térítési díj mértéke nem lehet alacsonyabb összegű, mint a finanszírozási szerződés alapján az adott ellátás után egyébként járó finanszírozási díj. A jelen szabályzat alapján beszedett térítési díjak az Intézmény saját bevételét képezik.

1. A szabályzat célja

Az Intézmény és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: **NEAK**) között finanszírozási szerződés áll fenn.

A finanszírozási szerződés keretében nyújtott járóbeteg és fekvőbeteg ellátások a jogszabályi előírásoknak megfelelően az Egészségbiztosítási Alap terhére teljeskörűen finanszírozásra kerülnek. Ezek szabályozása, díjtétele és elszámolása a mindenkor irányadó hatályos jogszabályoknak megfelelően történik.

Jelen szabályzat a NEAK által közfinanszírozással nem fedezett ellátások és szolgáltatások térítési díjának meghatározását, elszámolásának és számlázásának folyamatát, ellenőrzését szabályozza. A szabályzat kiterjed a térítési díjak megállapításának, nyilvánosságra hozatalának és befizetésének rendjére, valamint a szolgáltatási díj mérséklésére, illetve elengedésére vonatkozó rendelkezésekre.

Az Intézmény alapvető érdeke, hogy a térítési díjköteles egészségügyi ellátásokért járó, a szabályzatban rögzített módon, mértékben és eljárási rendben, a szabályzat alapján megállapított térítési díj számára kifizetésre kerüljön.

2. A szabályzat hatálya

Jelen szabályzat rendelkezéseit az Intézmény által nyújtott, egészségügyi, valamint az egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó, a jelen szabályzatban meghatározott egyéb szolgáltatások (a továbbiakban együtt: **térítés köteles egészségügyi szolgáltatás**) igénybevétele esetén kell alkalmazni.

Jelen szabályzat **személyi és területi hatálya** kiterjed az Intézmény Szervezeti és Működési Szabályzatában meghatározott szervezeti egységeire, valamennyi egészségügyi szolgálati és egyéb foglalkoztatásra irányuló jogviszonyban álló személyre, valamint az Intézmény teljes, részleges vagy kiegészítő térítés köteles egészségügyi szolgáltatásait igénybe vevő természetes személyekre, valamint a jelen szabályzatban meghatározott körben az Intézmény egészségügyi szolgáltatásait igénybe vevő természetes személyekkel együtt tartózkodó kísérő személyekre, feltéve hogy nem jogosultak a külön jogszabály szerint térítésmentes egészségügyi szolgáltatás igénybe vételére.

3. Vonatkozó főbb jogszabályok

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.),
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.), valamint az Ebtv. végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet,
- a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról szóló 2019. évi CXXII. törvény (a továbbiakban: Tbj.)
- a 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 szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet,
- a menedékjogról szóló 2007. évi LXXX. törvény, valamint az ennek végrehajtásáról szóló 301/2007 (XI. 9) Korm. rendelet,
- a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól szóló 28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet,
- a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról szóló 52/2006 (XII.28.) EüM rendelet,
- a határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról szóló 59/2007 (XII.29.) EüM rendelet,
- a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71 EGK rendelet, valamint az ennek végrehajtásáról szóló 574/72 EGK. rendelet,
- a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról szóló 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet,

4. A szabályzatban használt fogalmak

A jelen szabályzat alkalmazásában:

- a) **biztosított:** a biztosítási jogviszonnyal rendelkező vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult olyan személy, aki a térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat fizetési kötelezettség nélkül igénybe veheti,
- b) **díjfizetésre kötelezett személy:** a nem biztosított magyar állampolgárságú személy, aki TAJ számmal nem rendelkezik vagy TAJ száma érvénytelen, továbbá a külföldi személyek, valamint a hatályos jogszabályok alapján térítési díj fizetésére kötelezett személyek,
- c) **egészségügyi dolgozó:** az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő, szakképesítéssel nem rendelkező személy,
- d) **kezelőorvos:** a beteg adott betegségével, illetve egészségügyi állapotával kapcsolatos vizsgálati és terápiás tervet meghatározó, továbbá ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, aki a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartozik, az adott beteg járó-és/vagy fekvőbeteg ellátására, annak koordinálására kijelölt orvos,

- e) **befogadott:** aki az állampolgársága - hontalan esetén a szokásos tartózkodási helye - szerinti országba átmenetileg azért nem küldhető vissza, mert ott halálbüntetésnek, kínzásnak, kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmódnak vagy büntetésnek lenne kitéve, és nincs olyan biztonságos harmadik ország, amely befogadja, de nem jogosult sem menekültként vagy hontalanként elismerésre, sem ideiglenes vagy kiegészítő védelemre,
- f) **EGT állam:** az Európai Unió tagállamai és az Európai Gazdasági Térségről szóló megállapodásban részes más állam, továbbá az az állam, amelynek állampolgára az Európai Közösség és Tagállamai, valamint az Európai Gazdasági Térségről szóló megállapodásban nem részes állam között létrejött nemzetközi szerződés alapján az Európai Gazdasági Térségről szóló megállapodásban részes állam állampolgárjával azonos jogállást élvez,
- g) **hontalan:** akit saját joga szerint egyetlen állam sem ismer el állampolgárának,
- h) **külföldi személy:** aki nem magyar állampolgár és a hontalan,
- i) **menedékes:** a Magyarország által menedékesként ideiglenes védelemben részesített külföldi személy, aki a Magyarország területére tömegesen menekülők olyan csoportjába tartozik, amelyet az Európai Unió Tanácsa ideiglenes védelemre jogosultként elismert, vagy az Országgyűlés ideiglenes védelemre jogosultként ismert el, mivel a csoportba tartozó személyek hazájukból fegyveres konfliktus, polgárháború vagy etnikai összecsapás, illetve az emberi jogok általános, módszeres vagy durva megsértése - így különösen kínzás, kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmód - miatt elmenekülni kényszerültek,
- j) **menekült:** Magyarország menekültként ismeri el azt a külföldit, aki faji, illetve vallási okok, nemzeti hovatarozása, meghatározott társadalmi csoporthoz tartozása, politikai meggyőződése miatti üldöztetése vagy az üldözéstől való megalapozott félelme miatt származási országán kívül tartózkodik, és nem tudja, vagy az üldözéstől való félelmében nem kívánja a származási országa védelmét igénybe venni,
- k) **közeli hozzátartozó** az Eütv. 3. § r) pontja alapján a házastárs, a bejegyzett élettárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és neveltgyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér, valamint az élettárs, továbbá a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény. 8:1. § (1) bekezdés 2. pontja alapján **hozzátartozó:** az egyeneságbeli rokon házastársa, bejegyzett élettársa, a jegyes, a házastárs, a bejegyzett élettárs egyeneságbeli rokona és testvére, valamint a testvér házastársa, bejegyzett élettársa,
- l) **sürgős szükség:** az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne,
- m) **sürgősségi ellátás:** a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet által meghatározott egyes ellátások,
- n) **tervezett ellátás:** minden olyan ellátás, mely nem minősül sürgősségi ellátásnak,
- o) **veszélyeztető állapot:** az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene,

5. TÉRÍTÉSMENTES ellátásra jogosultak és TÉRÍTÉSI DÍJ FIZETÉSÉRE KÖTELEZETTEK köre

- 5.1. **Térítésmentes** a magyar állampolgárságú beteg ellátása, amennyiben az Ebtv. 5/B. §-a értelmében biztosított, vagy egészségügyi szolgáltatás igénybevételére jogosult és az Ebtv.-ben meghatározott,

térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat vesz igénybe (a továbbiakban: **biztosított magyar állampolgár**).

5.2. **Térítésmentesen igénybe veheti továbbá az egészségügyi szolgáltatást a nem magyar állampolgár amennyiben:**

- a) az Európai Unió valamely tagállama vagy az Egyesült Királyság állampolgára és rendelkezik EU kártyával (EU111), érvényes brit EU kártyával vagy Kártyahelyettesítő Nyomtatvánnyal, amennyiben ellátása orvosilag szükséges és nem halasztható a másik tagállamba, illetve az Egyesült Királyságba való visszatéréseig, illetve tervezett ellátás esetén S2 vagy E112 nyomtatvánnyal,
- b) államközi szerződésen alapuló sürgősségi ellátás vagy területi elven nyugvó szociálpolitikai, egészségügyi egyezmény hatálya alá esik, ellátása sürgős és érvényes útlevelemmel igazolja állampolgárságát,
- c) menekült, vagy menedékes,
- d) határon túli, Ukrajnában és a Szerb Köztársaságban élő, magyar nemzetiségű betegek a határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról szóló 59/2007.(XII.29.) EüM rendelet 1. sz. melléklete szerinti igénylőlappal.

5.3. **Biztosított**nak minősül a biztosítási jogviszonnal rendelkező vagy egészségügyi szolgáltatásra jogosult olyan személy, aki a térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat fizetési kötelezettség nélkül igénybe veheti, azaz a biztosított magyar állampolgár, valamint az egészségügyi szolgáltatás térítésmentes igénybevételére jogosult külföldi személy.

5.4. **Térítési díj fizetésére kötelezett mindenki, aki a fentiek szerint nem minősül biztosítottnak.**

5.5. **Az egészségügyi szolgáltatást csak térítési díj fizetése mellett jogosult igénybe venni:**

- a) a társadalombiztosítási jogviszonnal nem rendelkező magyar állampolgár,
- b) a társadalombiztosítási jogviszonnal rendelkező magyar állampolgár, aki azonban kizárólag részleges vagy kiegészítő térítési díj mellett igénybe vehető szolgáltatásokat kíván igénybe venni,
- c) aki az Ebtv. 18. § (6) bekezdésében, illetve a jelen szabályzatban meghatározott valamely, a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátást kívánja igénybe venni,
- d) aki érvényes társadalombiztosítási jogviszonyát a jelen szabályzatban meghatározott módon nem tudja igazolni, azaz nem mutat be érvényes TAJ kártyát, személyazonosító igazolványt és lakcímkártyát,
- e) az olyan külföldi állampolgár, aki nem tartozik valamely térítésmentes ellátásra jogosító egészségügyi egyezmény hatálya alá,
- f) az uniós beteg a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében igénybe vett ellátása során.

6. **Biztosított betegek ellátása esetén követendő szabályok**

6.1 Biztosított személy sürgős szükség körébe nem eső egészségügyi ellátása kizárólag a személyazonosság ellenőrzése és érvényes TAJ kártya bemutatása esetén vehető igénybe. A beteg valamennyi vizsgálata alkalmával a medikai rendszerben történő hiteles adatrögzítés és beteg személyazonosságának és biztosítási jogviszonyának ellenőrzése érdekében a beteg köteles bemutatni a TAJ kártyáját, a személyazonosító okmányát és a lakcímkártyáját. Az ellátást megelőzően a TAJ ellenőrzés kötelező, annak elmulasztása esetén a mulasztó felelősségre vonható. A TAJ ellenőrzést a beteg felvételét végző dolgozó, valamint a kezelő orvos minden esetben köteles elvégezni.

A beteg ellátása kizárólag akkor kezdhető meg, ha a biztosítási jogviszony ellenőrzése megtörtént és a magyar biztosítás alapján az ellátás a beteg számára térítésmentesen végezhető. TAJ kártya hiányában a tervezett járóbeteg és/vagy fekvőbeteg ellátás a magyar állampolgár számára csak akkor kezdhető meg, ha a NEAK által kiállított, a beteg biztosítottként történő ellátását elismerő, ehhez kapcsolódó kötelezettségvállaló nyilatkozata az Intézmény rendelkezésére áll.

A magyar egészségbiztosítás szabályai szerinti, igazolt és ellenőrzött biztosítási jogviszonnyal nem rendelkező betegek (jogviszony ellenőrzés során „K” kódot kapott, azaz külföldi biztosító által biztosított személyek, „B” kódot kapott, azaz a jogviszonya egyéb okból érvénytelen, „N” kódot kapott, azaz a NAV által járulékfizetésre kötelezett) nem sürgősségi ellátása csak akkor kezdhető meg, ha az ellátást igénybe vevő a jelen szabályzat szerinti térítési díjfizetési kötelezettségének eleget tett.

- 6.2 Amennyiben sürgősségi ellátás esetén a betegnél nincs TAJ kártya, úgy állapotának stabilizálását követően a kötelezvény TAJ kártya bemutatására című, 7. melléklet szerinti formanyomtatvánnyal kötelezettséget vállal arra, hogy tizenöt napon belül bemutatja a társadalombiztosítási jogviszony fennállását igazoló dokumentumokat. Ha a beteg eleget tesz a vállalt kötelezettségének, az ellátásért utólagosan nem kell térítési díjat fizetnie, az eset a NEAK felé jelenthető.

Amennyiben a biztosítási jogviszony ezen tizenöt napos határidőben nem kerül igazolásra, az Intézmény megkéri a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőnél a TAJ szám rendelkezésre bocsátását. Amennyiben a NEAK szerint a beteg adatai alapján nem található biztosított személy a nyilvántartásban vagy a TAJ érvénytelen, az Intézmény a beteg által aláírt 2. melléklet szerinti tartozáselismerő nyilatkozata birtokában kiszámlázza az ellátás költségét a beteg felé. Sikertelen behajtás esetén az eset a NEAK felé „S” térítési kategóriával jelenthető.

6.3 **Ellátási területen kívüli elektív ellátást igénylő betegek fogadásának rendje**

Az Intézmény működési engedélyében meghatározott ellátási területén kívülről érkező beteg csak abban az esetben látható el, ha az Intézmény területi ellátási kötelezettségének teljesítését semmilyen formában nem veszélyezteti. Amennyiben az ágyszám kapacitások osztályos, vagy intézményi szinten korlátozottak, az ellátási területen kívülről érkező beteg kizárólag az orvosigazgató, illetve a főigazgató előzetes írásbeli engedélye alapján, egyéb esetben az osztályvezető főorvos (helyettes) előzetes írásbeli engedélyével látható el, melyet a 8. melléklet szerinti **befogadó nyilatkozat** aláírásával és 48 órán belüli, beutaló orvos számára történő visszaküldésével dokumentál.

7. **A nem magyar állampolgárokra vonatkozó különös szabályok**

7.1 **A Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának általános szabályai**

A Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi ellátásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályait a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól szóló 28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet szabályozza. A rendelet 2. § (1) bekezdésben foglaltak alapján az egészségügyi szolgáltatásban részesülő személyek az általuk igénybe vett egészségügyi szolgáltatásért a jelen szabályzatban meghatározott térítési díjakat kötelesek megfizetni.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény rendelkezései alapján, a Magyarország területén tartózkodó valamennyi személy részére igénybevétele alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül az Intézményben biztosítani kell:

- az elsősegélynyújtást, ill. mentést, amennyiben az adott személyi sérüléssel járó baleset, tömeges baleset, egészségügyi válsághelyzet, életveszély, vagy annak gyanúja, heveny vagy riasztó tünetekkel járó esetek, ha az erős fájdalom vagy egyéb súlyos heveny tünet csillapítása, heveny tudatzavar, veszélyeztető állapot vagy annak gyanúja miatt azonnali ellátásra szorul,
- sürgős szükség esetén a külön jogszabályban meghatározott ellátásokat.

A fenti ellátások közül a mentés és a sürgős szükség miatti ellátás esetén az Intézmény köteles vizsgálni, hogy az ellátások költségei behajthatóak-e. Amennyiben a közösségi szabályok, nemzetközi szerződések és egyezmények alapján az ellátott személy nem jogosult a térítésmentes egészségügyi ellátásra, úgy az ellátásért a jelen szabályzat szerinti térítési díj fizetendő azzal a megjegyzéssel, hogy az Eütv. 3.§-ának i) pontja szerinti sürgős szükség esetén az egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos díjfizetés utólagosan, az életveszély elhárítását követően történhet.

7.2 A díjfizetési kötelezettség alól kivételt képeznek az alábbi külföldi állampolgárok:

- aki elsősegélynyújtásban, illetve mentésben részesül.

Elsősegélynyújtás, illetve mentés, az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a feltalálási helyén végzett sürgősségi ellátása, illetve - szükség szerint - a legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, valamint a szállítás közben végzett ellátása, akinek államával Magyarországnak megállapodása van, a végrehajtásuk tárgyában kiadott jogszabályok rendelkezései szerint,

- akinek betegellátása a mindenkor illetékes ágazati minisztérium egyedi rendelkezése alapján történik,
- aki a magyar egészségügyi biztosítóval önálló egészségbiztosítást kötött.

A külföldi állampolgárnak az ellátás igénybevétele előtt, vagy az életmentő beavatkozást követően bizonyítania kell az egyedi biztosítás, illetve az illetékes ágazati miniszter egyedi rendelkezésének meglétét. Amennyiben államközi megállapodásra hivatkozik, úgy az ellátó személyzetnek - az ellátás előtt, vagy az életmentő beavatkozást követően - meg kell győződnie az államközi megállapodás meglétéről. Amennyiben az Intézmény egészségügyi szolgáltatását igénybe vevő, nem magyar állampolgárságú, vagy TAJ számmal nem rendelkező beteg felvételre kerül, tájékoztatni kell őt, hogy a megfelelő igazolások mellett milyen ellátásra jogosult díjmentesen, illetve mely ellátásokért kell térítési díjat fizetnie.

7.3 Európai Gazdasági Térség és Nagy-Britannia állampolgárainak ellátása

Ha a beteg az európai uniós szabályok értelmében az Európai Gazdasági Térség (valamennyi Európai Unió tagállam, továbbá Norvégia, Izland, Liechtenstein és Svájc) vagy Nagy-Britannia állampolgára és ott egészségbiztosítással rendelkező személy megfelelő formanyomtatvánnyal rendelkezik, és azt felvételekor bemutatja a személyazonosító igazolványával vagy útlevelével együtt, akkor a következő ellátásokra jogosult:

- 2004. június 1. napjától bevezetésre került az Európai Egészségbiztosítási Kártya („EU kártya”), amellyel ellátásra jelentkező személyek a tervezett magyarországi tartózkodásukra való tekintettel

orvosilag szükségessé váló szolgáltatásokban részesülhetnek a magyar biztosítottaknak megfelelő feltételekkel.

- 2005. november 1. napjától a korábban papíralapú E 111 jelű nyomtatványt az európai egészségbiztosítási (plasztik) kártya váltotta fel.

- 2006. január 1. napjától – az átmeneti tartózkodás során – orvosilag szükségessé váló egészségügyi szolgáltatásokat kizárólag az Európai Egészségbiztosítási Kártya, vagy annak hiányában az ún. Kártyahelyettesítő Nyomtatvány alapján lehet nyújtani.

- 2012. október 25. napjától a 2011/24/EU irányelv alapján az Európai unió betegei jogosultak Magyarországon tervezetten határon átnyúló egészségügyi ellátást igénybe venni. Az ellátás igénybevételének feltétele az Egészségbiztosítási Kártya megléte.

- E-112 vagy S2 jelű nyomtatvány bemutatásával meghatározott vagy teljes körű ellátásban részesül.

- A brit biztosítással rendelkező személyek magyarországi tartózkodásuk idején a brit biztosító által 2021. január 1-étől kiállított jogosultságigazololás (S1 dokumentum és Európai Egészségbiztosítási Kártya – EHIC, illetve GHIC – új Global Health Insurance Card) birtokában jogosultak ellátásra.

A brit biztosító által 2021. január 1-je előtt kiállított EHIC az érvényességi idejének lejártáig ellátás igénybevételére jogosít. A brit biztosító az EHIC érvényességi idejének lejártát követően és a jogosultsági feltételek fennállása esetén GHIC kártyát állít ki, amely a kötelező egészségbiztosítási rendszerben működő egészségügyi szolgáltatónál természetbeni ellátás igénybevételére jogosít a Szociális Biztonsági Koordinációról szóló Jegyzőkönyvben meghatározott feltételekkel.

- Az S1 és S2 dokumentumok használatának szabályai továbbra is alkalmazandók brit biztosítással rendelkezők esetén is.

A kártyák és a nyomtatványok annak az országnak a nyelvén kerülnek kitöltésre, amelyik országban kiállítják azt a biztosított részére. Kizárólag szabályosan kitöltött, a külföldi biztosító nevével, azonosító kódjával, valamint érvényességi idővel ellátott nyomtatvány fogadható el. A formanyomtatvány, illetve a kártya azonosítására alkalmas adatait (külföldi biztosító állam azonosító jele, külföldi biztosító azonosító száma, külföldi biztosítási szám, biztosítási kártya azonosító száma, kártya érvényességének lejárat dátuma, formanyomtatvány esetében formanyomtatvány érvényességének kezdő és vég dátuma) rögzíteni szükséges annak igazolására, hogy az ellátás igénybevétele valóban jogosan történt, olyan módon, hogy abból az ellenőrzés időpontja és az ellenőrzést végző személye kétséget kizáró módon megállapítható legyen.

Az EGT, továbbá a svájci és brit biztosított Magyarországon született gyermeke részére a szükséges ellátások a szülést követő 3. hónapig az anya érvényes EU-kártyája alapján nyújthatók.

Európai Egészségbiztosítási Kártya, GHIC vagy Formanyomtatvány nélkül ellátott EGT, svájci és brit állampolgárok jelen TDSZ szerint térítési díjat kötelesek fizetni.

Abban az esetben, ha az illetékes külföldi biztosító a jogosultságot nem tudja igazolni, a tartozáselismerő nyilatkozat alapján az Intézmény a számla kiállításával felszólítja a beteget a tartozása rendezésére, sikertelen behajtás esetén „S” térítési kategóriával a NEAK felé jelenti.

A határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24/EU irányelv alapján az Európai Unió más tagállamainak betegei is jogosultak Magyarországon tervezetten a határon átnyúló egészségügyi ellátást igénybe venni. Az igénybevétel feltétele az

érvényes EU Kártya megléte. Az ellátás során fokozottan érvényesül az „egyenlő elbánás” elve. Az ellátás költségeit a külföldi beteg fizeti meg, amely térítési díj nem térhet el attól a díjtól, amelyet a hazai betegek ellátásáért a NEAK megtérítene.

7.4 Gyógyászati segédeszközök díja:

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya, GHIC, az azt Helyettesítő nyomtatvány, illetve az E-112 jelű nyomtatvány felhasználásával az EGT állampolgároknak és brit állampolgároknak lehetőségük van orvosi vény alapján társadalombiztosítási támogatásban részesülő gyógyszer, gyógyászati segédeszköz ellátásra (továbbá E-112 jelű nyomtatvány esetén gyógyfürdő szolgáltatásra) a formanyomtatvány szerinti orvosi ellátáshoz kapcsolódóan.

Az ellátás során alkalmazásra kerülő olyan anyagért, gyógyászati segédeszközért, amelyekért a magyar állampolgároknak is térítést kell fizetni, a nem biztosított magyar és külföldi állampolgárnak is fizetnie kell.

A vény kitöltésénél alapvetően úgy kell eljárni, mint a magyar biztosítottak esetén, azzal a különbséggel, hogy fel kell tüntetni a beteg születési dátumát (év/hó/nap), társadalombiztosítási azonosító jele helyett a beteg külföldi biztosítási számát, továbbá meg kell adni a biztosítás szerinti ország kódját, illetve az ellátás alapjául szolgáló igazolás betűjelét. (Formanyomtatvány esetén: E-112, S2, Európai Egészségbiztosítási Kártya, GHIC vagy az azt helyettesítő nyomtatvány esetén: EUCARD)

7.5 Államközi szerződés, területi elven nyugvó szociálpolitikai, egészségügyi együttműködési egyezmények alapján történő ellátás

Államközi szerződés alapján ellátottak esetében az ellátást az egyezményben részes államok valamelyikében állampolgársággal rendelkező személy kapja. Az egyezményes államok állampolgárai magyarországi tartózkodásuk során csak a heveny megbetegedés és sürgős szükség esetén nyújtható 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. Térítésmentes sürgősségi egészségügyi ellátásuk útlevelük bemutatása mellett történik.

Útlevel felmutatása ellenében életet veszélyeztető heveny megbetegedés és halaszthatatlan, a beteg állapotának stabilizálásának céljából végzett sürgősségi ellátás nyújtható az államközi szerződést kötött, továbbá területi elven nyugvó szociálpolitikai, egészségügyi együttműködési egyezményekben részes országok állampolgárainak.

Az útlevel fénymásolatát a betegdokumentáció részeként meg kell őrizni.

Ha a távozása után gyógyszerre, gyógyászati segédeszközre van szüksége a betegnek, azt csak teljes térítéssel kaphatja meg.

Az előírt útlevel, nyomtatványok hiányában, illetve nem sürgős esetekben a fenti országok állampolgárai is csak a jelen szabályzatban meghatározott előírások szerint, „04-es” térítési kategóriával láthatók el.

A sürgősségi ellátást igénybevevő betegnek lehetősége van a távozás után 15 napon belül (különösen indokolt esetben 30 napon belül) bemutatni az útlevelét, biztosítási igazolását. Amennyiben megtörténik a fenti dokumentumok bemutatása még az aktuális havi jelentési időn belül, az Intézmény visszatéríti a korábban befizetett összeget. Ha aktuális jelentési időn

túlmenően, de még javítási időn belül mutatja be a beteg az jogosultságot igazoló dokumentumokat a visszafizetés csak akkor történhet meg, ha a NEAK a finanszírozásról megküldi a visszaigazolást.

Az államközi egyezmények felsorolását a jelen szabályzat 9. melléklete tartalmazza.

7.6 A montenegrói és a bosznia-hercegovinai, valamint a szerb biztosítottakra vonatkozó szabályok

A 2009. április 1. napjától hatályos 2008. évi LXXII. törvénnyel kihirdetett magyar-montenegrói szociális biztonsági egyezmény alapján kiállított jogosultság-igazolással - CG/HU 111-es nyomtatvány – a montenegrói biztosított sürgősségi ellátást vehet igénybe Magyarországon. Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz kizárólag a sürgősségi ellátáshoz kapcsolódó fekvőbeteg intézeti ellátás keretében nyújtható.

A 2010. január 1. napjától hatályos 2009. évi II. törvénnyel kihirdetett magyar-bosznia és hercegovinai szociális biztonsági egyezmény értelmében a boszniai és hercegovinai biztosítottak a magyarországi egészségügyi szolgáltatásokat átmeneti magyarországi tartózkodás során, sürgős esetben a bosznia és hercegovinai egészségbiztosítási pénztár illetékes szerve által kiadott BH/HU 111 jelű igazolással vehetik igénybe.

2014. december 1. napjától a 2013. évi CCXXXIV. törvénnyel kihirdetett szociális biztonságról szóló egyezmény értelmében a szerb biztosítottak a magyarországi egészségügyi szolgáltatásokat átmeneti magyarországi tartózkodás során sürgős esetben a szerb biztosító által kiállított SRB/HUN 111 jelű nyomtatvánnyal vehetnek igénybe. A SRB/HUN 111 jelű nyomtatvány tartalmazhatja a biztosított családtagjait is. Tervezett ellátások igénybevételére az SRB/HUN 112 jelű nyomtatvány bemutatásával jogosultak a szerb biztosítottak.

7.7 Menekültek, menedékesek, befogadottak, valamint az elismerést kérők egészségügyi ellátásának rendje

A menekültek esetében, menekült státuszban részesült személyt a magyar állampolgárokra vonatkozó jogok illetik és kötelezettségek terhelik, ezért az egészségügyi ellátásra való jogosultságukat az egészségbiztosítási pénztártól igényelt TAJ kártyával igazolhatják és egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettségük is a magyar állampolgárok által fizetendő kötelezettségekkel azonos.

Bevándorolt, letelepedési engedéllyel rendelkező (letelepedett) és hontalan személyekre a magyar állampolgárokra vonatkozó rendelkezések és eljárások érvényesek, mivel társadalombiztosítási szempontból belföldinek minősülnek.

Egészségügyi szolgáltatás igénybevételére jogosító biztosítási jogosultság hiányában igényelt szolgáltatásért, valamint olyan egészségügyi szolgáltatásért, amely nem tartozik a kötelező egészségbiztosítás ellátásai körébe (a 46/1997. (XII.17.) NM rendelet melléklete 3. pontjában felsoroltak) az ellátást igénylő felvétele és a térítési díj megfizetése, a jelen szabályzatban foglaltak szerint, az itt meghatározott eljárási rendben történik.

Felvételkor a beteg felvételét végző dolgozó köteles ellenőrizni az okmányokat. A megfelelő NEAK elszámolás érdekében rögzíteni kell a menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány számát, útlevekszámot, vagy amennyiben a beteg nem rendelkezik útlevelemmel, a rendőrségi ügyirat számát vagy egyéb nyilvántartási számot, úgy, hogy az ellenőrzés időpontja és az ellenőrzést végző személye kétséget kizáró módon megállapítható legyen. A jelentésben a státusznak megfelelő személyazonosító típust és térítési kategóriát kell az esethez rögzíteni.

A szükséges okmányok bemutatása hiányában kizárólag térítési díj ellenében részesülhet a beteg ellátásban, a térítési díj megfizetését követően (kivéve a sürgősségi ellátás esetét).

Ha az elismerést kérő, illetve a menedékes nem áll társadalombiztosítási jogviszonyban, betegsége esetén az egészségügyi szolgáltatások közül térítésmentesen jogosult:

- a sürgős szükség esetén igénybe vett járóbeteg-szakellátás keretében történő vizsgálatra, gyógykezelésre, továbbá az ellátás során felhasznált gyógyszerre és kötszerre,
- a sürgős szükség esetén igénybe vett fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra, valamint annak során az orvos előírása szerinti gyógykezelésre - ideértve a műtéti beavatkozásokat, továbbá az annak során felhasznált gyógyászati anyagokat és protetikai eszközöket -, gyógyászati ellátásra, a gyógykezeléshez szükséges gyógyszerre, kötszerre és étkezésre,
- a járóbeteg-szakellátást vagy a fekvőbeteg-szakellátási kezelést követően a betegségből való gyógyulásig, illetve állapota stabilizálódásáig:
 - a szükséges szakorvosi vizsgálatra és gyógykezelésre,
 - a közgyógyellátás körébe nem tartozó gyógyszerekre, mással nem helyettesíthető gyógyszerre és a gyógyszer beadásához szükséges gyógyászati segédeszközre;
 - orvos által rendelt, jogszabályban meghatározott egyéb gyógyászati segédeszközre, valamint annak javítására;
 - külön jogszabály szerint a „közgyógyellátásra jogosultak” részére térítésmentesen, illetve „egészségügyi rendelkezés” alapján 90%-os vagy 100%-os társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerre és kötszerre;
 - sürgős szükség esetén igénybe vett fekvőbeteg-szakellátás esetében betegszállításra, ha egészségügyi állapota miatt a szállítás másként nem oldható meg;

A menekültként, illetve oltalmazottként elismert személy – ha nem áll társadalombiztosítási jogviszonyban – az elismerésről szóló határozat jogerőre emelkedésétől számított egy évig egészségügyi ellátásra oly módon jogosult, mint az elismerési eljárás során. Az egy év leteltét követően a belföldiséggel rendelkező menekültekre az általános társadalombiztosítási szabályok vonatkoznak, azaz esetükben is a biztosított vagy jogosulti jogviszonya (pl. munkaviszonya) alapozza meg az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot.

Amennyiben a menekültként, menedékesként, oltalmazottként elismert személy munkaviszonyt vagy vállalkozói jogviszonyt létesít, akkor biztosítottá válik, ezáltal jogosultságot szerez az egészségbiztosítás természetbeni és pénzbeli ellátásaira.

Egészségügyi szolgáltatás igénybevételére jogosító biztosítási jogosultság hiányában igényelt szolgáltatásért, valamint olyan egészségügyi szolgáltatásért, amely nem tartozik a kötelező egészségbiztosítás ellátásai körébe (a 46/1997. (XII. 17.) NM rendelet melléklete 3. pontjában felsoroltak) az ellátást igénylő felvétele és a térítési díj megfizetése a jelen szabályzatban foglaltak szerint, az itt meghatározott eljárási rendben történik.

A beteg felvételét végző dolgozó köteles ellenőrizni az okmányokat. A szükséges okmányok hiánya esetén kizárólag térítési díj ellenében részesülhet a beteg ellátásban, a térítési díj megfizetését követően (kivéve: a sürgősségi ellátás).

Az egészségügyi szolgáltatások díját, illetve a szolgáltatások költségét a menekültügyi hatóság téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak, ha annak megfizetését nemzetközi egyezményben Magyarország nem vállalta.

7.8 **A nem EU polgár határon túli magyarok (Szerb Köztársaság, Ukrajna) magyarországi egészségügyi ellátásának támogatása**

A határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról szóló 59/2007. (XII. 29.) EüM rendelet alapján a Szerb Köztársaságban, illetve Ukrajnában lakóhellyel rendelkező, magukat magyar nemzetiségűnek valló személyek (határon túli magyarok) a magyarországi egészségügyi ellátás támogatását kérelem alapján igényelhetik. A kérelmet a beteg, vagy a beteg írásbeli hozzájárulása (meghatalmazása) esetén a hozzátartozója vagy a kezelőorvosa személyesen vagy postai úton nyújthatja be a beteg lakóhelye szerinti országban a jogszabály szerinti koordinációs feladatok ellátására a miniszterrel és a nemzetpolitikáért felelős miniszterrel megállapodást kötött szervnél.

A támogatás odaítéléséről - az egészségügyi ellátás indokoltsága és a beteg egészségi állapota alapján - a miniszter irányítása alatt működő Értékelő Bizottság dönt. Az Értékelő Bizottság által meghatározott egészségügyi szolgáltatás a meghatározott mértékben és meghatározott díj fizetése mellett vehető igénybe.

8. **A térítési díjak számításának módszere és a térítési díj mértéke**

8.1. Az Intézményben fizetendő térítési díj számításának alapját

- a) intézményi költségszámítás,
- b) a jövedelmezőség elve,
- c) az intézményi bevétel maximalizálásának elve, valamint
- d) a piaci viszonyok érvényesülésének elve

képezi, figyelemmel az Intézménnyel azonos egészségügyi szolgáltatás nyújtó más szolgáltatók által meghatározott térítési díjak összegére is. A térítési díjat a jelen szabályzat rendelkezései szerint vagy az Intézménnyel szerződő fél és az Intézmény közötti szerződésben meghatározottak szerint kell megállapítani, azzal, hogy a megállapított térítési díj összege nem lehet alacsonyabb az adott ellátás után a NEAK által egyébként megállapított díjnál.

9. **Az érvényes magyar biztosítással nem rendelkező betegek ellátásának térítési díja a JÁRÓBETEG ellátásban**

9.1. A járó-betegellátás és diagnosztikai szolgáltatást igénybe vevőnek, amennyiben nem rendelkezik a térítésmentességhez szükséges biztosítással, ill. igazolással az elvégzett tevékenységek tételes elszámolása alapján térítési díjat kell fizetnie.

Az ellátás során végzett tevékenységek (vizsgálatok, beavatkozások) listáját és a hozzátartozó pontértékeket az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 2. sz. melléklete tartalmazza.

Járóbeteg ellátás keretében a térítési díj számítási módjának alapját az ellátás során végzett tevékenység összes pontértékének (németpontérték), a NEAK által mindenkor meghatározott alapdíjnak (pont/Ft) intézményi járóbeteg térítési díjszorzóval való szorzata adja. Az előzőekben meghatározott számítási mód alapján kiszámított összeg a ténylegesen elvégzett térítési díjköteles járóbeteg ellátás térítési díja.

Képlet: [(németpontérték x pont/Ft) x intézeti járóbeteg térítési díjszorzó]

A járóbeteg teljesítményegység forintértékét (pont/Ft) az egészségügyért felelős miniszter és a pénzügyminiszter állapítja meg együttes közleményében, melynek mértéke a mindenkor érvényben lévő német pont forintértéke, amelyről a számlakészítés napján tájékoztatni kell a beteget.

Az intézményi térítési díjszorzót a jelen szabályzat 1. számú függeléke, a mindenkor irányadó forintértéket a jelen szabályzat 3. számú függeléke tartalmazza.

JÁRÓBETEG ellátásban HD; CAPD; EPO kezelés térítési díja:

Képlet: [előző havi visszaigazolt NEAK díjtétel x intézeti járóbeteg térítési díjszorzó]

Az intézményi térítési díjszorzót a jelen szabályzat 1. számú függeléke tartalmazza.

10. Az érvényes magyar biztosítással nem rendelkező betegek ellátásának térítési díja FEKVŐBETEG ellátásban

10.1. AKTÍV MINŐSÍTÉSŰ OSZTÁLYON

Aktív minősítésű osztályra történő fekvőbeteg ellátás keretében a térítési díj számítási alapját az adott esetben az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 3. mellékletében megadott homogén betegcsoportokhoz (a továbbiakban: HBCS) tartozó súlyszámérték, az aktuálisan érvényes aktív fekvőbeteg ellátási alapidj (súlyszám/Ft) valamint az intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó adja.

Képlet: [(HBCS súlyszám x aktuális súlyszám/Ft) x intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó].

Az intézeti fekvőbeteg térítési díjszorzót a jelen szabályzat 2. számú függeléke, az aktuálisan érvényes fekvőbeteg ellátási alapidj mértékét a jelen szabályzat 3. számú függeléke tartalmazza.

- Amennyiben a műtét során **egyedileg finanszírozott eszköz vagy implantátum** (EFI eszköz) kerül beültetésre vagy az ellátás során **tételes gyógyszer adására** kerül sor, annak költsége **beszerzési áron** a beteg részére számlázásra kerül.
- Amennyiben az akut ellátásra érkező beteg aktív minősítésű fekvőbeteg osztályos felvételére a járóbeteg ellátás keretében készített leletek birtokában, ugyanazon nap kerül sor, a beteg kizárólag a fekvőbeteg ellátás után köteles térítési díjat fizetni. Amennyiben a beteg a járóbeteg ellátás után fizetendő térítési díjat korábban megfizette, azt a fekvőbeteg ellátás térítési díjába történő beszámítással kell érvényesíteni.
- Ha a fekvőbeteg 24 órán belül távozik az Intézményből és nincs egynapos műtétje, azaz **nulla a súlyszáma**, akkor a HBCs súlyszám alsó határnapból számított egy napra jutó része kerül kiszámlázásra.
- Ha a beteg az ellátás HBCs besorolása szerinti alsó határnap előtt távozik az Intézményből, a számított összeg valós ápolási napra vonatkozó részét kell a beteg részére számlázni.

- Amennyiben a beteg aktív fekvőbeteg ellátás után krónikus, rehabilitációs vagy ápolási osztályra kerül áthelyezésre, a két ellátási forma térítési díjának külön történik a megállapítása.
- Szülés esetén az újszülött ellátása önálló ellátási eseménynek minősül, külön számlázandó.
- Amennyiben fekvőbeteg ellátást követően boncolás elvégzésére kerül sor, az külön tételként kerül elszámolásra, boncolás térítésének számításánál az aktív fekvőbeteg ellátásra vonatkozó szabályokat kell alkalmazni.
- Ha a beteg a besorolás szerinti HBCS felső határnapját meghaladó időtartamban kerül ellátásra, a beteg krónikus ellátásba kerül áthelyezésre, melynek díjtételét a jelen szabályzat 10.2. pontja tartalmazza.

AKTÍV MINŐSÍTÉSŰ NAPPALI ELLÁTÁS:

Aktív minősítésű nappali ellátás esetén a díjtétel alapját az aktuálisan érvényes aktív fekvőbeteg ellátási alapidíj (súlyszám/Ft) 70%-a, a HBCS-hez tartozó súlyszámérték, valamint az intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó adja.

Képlet: [(HBCS súlyszám x aktuális súlyszám/Ft x 0,7 x intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó)].

Az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítményegységének forintértékét (súlyszám/Ft) és a krónikus napidíj értékét az egészségügyért felelős miniszter és a pénzügyminiszter állapítja meg együttes közleményében, melynek mértéke a mindenkor érvényben lévő súlyszám forintértéke, amelyről a számlakészítés napján tájékoztatni kell a beteget.

10.2. **KRÓNIKUS és REHABILITÁCIÓS minősítésű FEKVŐBETEG ellátásban**

KRÓNIKUS és REHABILITÁCIÓS minősítésű FEKVŐBETEG ellátó osztályon:

Krónikus és rehabilitációs minősítésű fekvőbeteg ellátó osztályokon a teljesített ápolási napokra az alapszolgáltatásért napi térítési díj fizetendő. A térítési díj alapját a krónikus napidíj, az ellátó osztályhoz rendelt szorzó és az intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó adja.

Képlet: [(aktuális krónikus napidíj x osztályos szorzó x tényleges ápolási napok száma) x intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó]

REHABILITÁCIÓS minősítésű NAPPALI ELLÁTÁS esetén:

Rehabilitációs minősítésű nappali ellátás esetén térítési díj alapját a krónikus napidíj 70%-a, ellátó osztályhoz rendelt szorzó és az intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó adja.

Képlet: [(aktuális krónikus napidíj x 0,7 x osztályos szorzó x tényleges ápolási napok száma) x intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó]

A felvétel és távozás napja egynek számít, az ápolási napok éjszakánként kerülnek elszámolásra.

A krónikus napidíj értékét az egészségügyért felelős miniszter és a pénzügyminiszter állapítja meg együttes közleményében, melynek mértéke a mindenkor érvényben lévő napidíj forintértéke, amelyről a számlakészítés napján tájékoztatni kell a beteget.

10.3. ÁPOLÁSI OSZTÁLYOS minősítésű FEKVŐBETEG ellátásban

Ápolási osztályos minősítésű fekvőbeteg ellátó osztályon a teljesített ápolási napokra az alapszolgáltatásért napi térítési díj fizetendő. A térítési díj alapját a napidíj és az intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó adja.

Képlet: [(aktuális napidíj x tényleges ápolási napok száma) x intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó]

A felvétel és távozás napja egynek számít, az ápolási napok éjszakánként kerülnek elszámolásra.

A napidíj értékét az egészségügyért felelős miniszter és a pénzügyminiszter állapítja meg együttes közleményében, melynek mértéke a mindenkor érvényben lévő napidíj forintértéke, amelyről a számlakészítés napján tájékoztatni kell a beteget.

11. **A menekült, menedékes és oltalmazott részére nyújtott sürgősségi ellátás esetén követendő eljárásrend:**

Az Intézmény a menekültek ellátása során is köteles vizsgálni az ellátások költségének behajthatósági lehetőségét. Amennyiben a közösségi szabály vagy a nemzetközi szerződés alapján az ellátott személy nem jogosult a térítésmentes sürgősségi ellátásra, az Intézmény a jelen szabályzat rendelkezései szerint az ellátásért térítési díjat számít fel.

Tekintettel arra, hogy a Magyarország területén tartózkodók részére az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül biztosítani szükséges a mentést és a sürgős szükség szerinti ellátást is, abban az esetben, ha az ellátott az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, az ellátás díját a központi költségvetés biztosítja az Egészségbiztosítási Alapon keresztül.

Abban az esetben, ha az ellátást olyan külföldi személynek (menedékesnek, menekültnek és oltalmazottnak) nyújtják, aki Magyarország területére belépve sürgősségi egészségügyi ellátást igényel, és nem volt még lehetősége a menekültügyi hatósághoz kérelmet benyújtani, így az Intézmény által elfogadható érvényes igazolvánnyal, jövedelemmel és lakcímmel nem rendelkezik, ezért az egészségügyi szolgáltató nem tudja az ellátás fedezetét behajtani, a NEAK nem vizsgálja, hogy a szolgáltató fizetési felszólítással érvényesítette-e a követelését. Ebben az esetben a betegek ellátását „S” Magyarország területén tartózkodó beteg az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletének 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátás” térítési kategória, „9 - személyazonosító a menekült, menedékes és oltalmazott státusz kérelmezését megelőzően nyújtott ellátás során” személyazonosító megjelöléssel, - az útlevélszám, vagy amennyiben a beteg nem rendelkezik útlevéllel, a rendőrségi, hatósági ügyirat száma vagy egyéb nyilvántartási számú személyazonosító jellel - szükséges jelteni.

12. **Menedzserszűrés egészségügyi szolgáltatások térítési díjai**

A szűrővizsgálatokkal elsősorban a betegségek megelőzését és azok korai felismerését segíti elő az Intézmény. A menedzserszűrő program a panaszokat még nem okozó, de a későbbiekben súlyos betegségekhez vezető eltérések felderítése érdekében, elsősorban az átlagosnál nagyobb megterhelésnek kitett személyek számára került kialakításra. A szűrőprogram igénybevételére az Intézménnyel előzetesen egyeztetett időpontban és a vonatkozó megállapodás megkötésével

kerülhet sor. A programot igénybe vevő által választott vizsgálati csomag és szakvélemény az előre egyeztetett időpontban, az Intézmény által meghatározott személy kíséréte és szervezése mellett kerül kivitelezésre.

A térítési díjak kifizetésének menete és alapszámítása, a jelen szabályzatban foglaltak szerint történik.

Jelen szabályzat 4. függeléke tartalmazza a nevesített menedzserszűrési csomagokat és azok térítési díját.

Egyéb egyedi megállapodás alapján összeállított szűrőcsomag esetén a díjfizetés alapját az ellátás során végzett tevékenység összes pontértékének (németpontérték), a NEAK által mindenkor meghatározott alapdíjnak (pont/Ft) intézményi járóbeteg térítési díjszorzóval való szorzata adja.

Képlet: [(németpont x járóbeteg alapdíj) x intézményi járóbeteg díjszorzó]

A járóbeteg teljesítményegység forintértékét (pont/Ft) az egészségügyért felelős miniszter és a pénzügyminiszter állapítja meg együttes közleményében, melynek mértéke a mindenkor érvényben lévő német pont forintértéke, amelyről a számlakészítés napján tájékoztatni kell a betegct.

13. A biztosítottak számára is csak részleges, illetve kiegészítő térítés mellett igénybe vehető, az Intézmény által nyújtott szolgáltatások és díjaik

13.1. A biztosított az Ebtv. 23/A. § b) és c) pontja szerinti KIEGÉSZÍTŐ térítési díj megfizetése mellett jogosult

- az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésére egyéb kényelmi szolgáltatásokat igénybe venni, továbbá
- az állapota által indokolt, ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is.

13.2. Magasabb színvonalú elhelyezést az Intézmény kizárólag szabad kapacitás esetén biztosít.

Az ápolási osztályon orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén, illetve krónikus fekvőbeteg-ellátásban ápolási díjjal finanszírozott biztosított után a **kiegészítő térítési díj** fizetendő a 4. számú függelék szerint.

Egyebekben 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.

A biztosítottak számára is csak részleges vagy kiegészítő térítési díj fizetése ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások részletes szabályait és a betegek által fizetendő térítési díjakat a 4. számú függelék tartalmazza.

A részleges és kiegészítő térítési díjak az Intézmény bevételét képezik azzal, hogy a finanszírozási szerződés alapján nem számolható el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett része.

13.3. A kötelező egészségbiztosítás keretébe nem tartozó, a biztosítottak számára is kizárólag teljes térítés mellett igénybe vehető szolgáltatások és díjaik

Az Ebtv. 18. § (6) bekezdése alapján az Intézményben nem vehetők igénybe az egészségügyi alap terhére:

- munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok, illetve ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatás, és a következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba/támogatásba még be nem fogadott eljárás, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz alkalmazása, az ún. engedélyezés előtti gyógyszeralkalmazás, illetve a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása, kivéve a méltányosságból támogatható ellátásokat, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- a kizárólag orvostudományi kutatás keretében nyújtott ellátások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- látlelet kiadása, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- a nem kötelező védőoltással a beteg immunizálása, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások (a térítésmentes védőoltás kivételével).

Kizárólag térítési díj fizetése mellett vehetők továbbá igénybe az alábbi, KIEGÉSZÍTŐ jellegű egészségügyi szolgáltatások:

- magasabb színvonalú elhelyezés, hotelszolgáltatás,
- komplex szűrővizsgálatok, menedzserszűrés,
- fekvőbeteg háttér biztosítása más egészségügyi szolgáltatók részére,
- nem az egészségügyi alap terhére igénybe vett SARS-CoV-2 RT-PCR mintavétel és laboratóriumi vizsgálat,
- nem az egészségügyi alap terhére igénybe vett SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálat és az ahhoz szükséges mintavétel,
- halotthűtés, halottkezelés.

13.4. Az Intézmény az általa kezelt **személyes adatok másolatát** első alkalommal ingyenesen bocsátja az érintett rendelkezésére. Az érintett által kért további másolatokért az adminisztratív költségeken alapuló, észszerű mértékű díjat számít fel a 4. számú függelék szerint.

13.5. Az Intézmény által díjfizetés ellenében nyújtott további, **nem egészségügyi jellegű szolgáltatásokra** (pl. parkolás, ételmezés) vonatkozó rendelkezéseket az Intézmény külön szabályzatban állapítja meg.

14. Az érvényes magyar biztosítással nem rendelkező betegek SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSA esetén alkalmazandó szabályok

14.1. Sürgős szükség¹ esetén a beteg ellátását akkor is meg kell kezdeni, ha a betegnek az egészségügyi szolgáltatás térítésmentes nyújtására való jogosultsága nem igazolható.

A sürgős szükség megszűnését követően a térítési díj fizetésére a jelen szabályzat rendelkezései az irányadóak. A térítési díjjal összefüggő tájékoztatás, az eljárás elindítása és dokumentálása, valamint a jelen szabályzatban meghatározott eljárásrend lefolytatása a kezelőorvos részéről kizárólag akkor kezdeményezhető, ha az elsősegélynyújtást és/vagy a sürgősségi fekvőbeteg szakellátást igénylő, biztosítási jogviszonnyal nem rendelkező személy cselekvőképes, ill. jogképes állapotba kerül és ezek birtokában saját ügyében önálló felelősséggel eljárva döntések hozatalára képes lesz.

14.2. Az egyéni járulékfizetésre kötelezett, több mint hat havi tartozást felhalmozó személyek sürgősségi ellátása esetén az alábbi eljárásrend követendő:

A Magyarország területén tartózkodó, egyéni járulékfizetésre kötelezett és több mint hat havi tartozást felhalmozó személyek sürgősségi ellátása során az ellátás térítési díját az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendeletben meghatározott díjtételek alapján kell meghatározni.

Erre tekintettel ezen személyek esetében a NEAK által fizetett finanszírozási díjjal megegyező összeg, de legfeljebb ellátási esetenként a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól szóló 28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet 2. § (2) bekezdésében meghatározott összegű térítési díj kérhető az ellátottól, az ellátás ezt meghaladó részét (az ellátási díj különbözetét) a NEAK finanszírozza.

Egy ellátási esetnek egy finanszírozási esetet kell tekinteni Amennyiben az ellátás során válik a biztosítási jogviszony érvényessé, akkor is az ellátás kezdő napján érvényes állapotot kell figyelembe venni, tekintettel arra, hogy a tartozás utólagos megfizetése nem eredményezi a TAJ szám visszamenőleges érvényességét. Az ellátásokat az Irányító vármegyei intézmény Finanszírozási Osztályának a Budapesti Szent Margit Kórházban tevékenységet ellátó munkatársa (a továbbiakban: Finanszírozási Osztály munkatársa) a NEAK felé „04” térítési kategóriában jelenti.

14.3. A nem biztosított külföldi betegek sürgősségi ellátása esetén követendő eljárásrend:

A Magyarországon tartózkodó külföldi beteg sürgősségi ellátása esetén az Intézmény a jelen szabályzatban meghatározott módon és eljárási rendben, az alábbiak szerint köteles vizsgálni, hogy a mentés és sürgős szükség szerint nyújtott ellátások költségei behajthatóak-e más – az Egészségbiztosítási Alaptól eltérő – forrásból.

Az Intézmény a magyar egészségbiztosítási jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatásra nem jogosult személyek részére nyújtott sürgősségi ellátást akkor jogosult elszámolni az Egészségbiztosítási Alapból, ha az ellátott személy az ellátásra államközi szerződés, nemzetközi szerződés vagy kötelezően alkalmazandó európai uniós szabály alapján jogosult,

¹ Eütv. 3. § i) pontja szerint **sürgős szükség**: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

és az adott ellátásra való jogosultságát az alkalmazandó államközi szerződés, nemzetközi szerződés vagy közösségi szabály előírásainak megfelelően igazolta.

A jogosultság megfelelő igazolása alapján az Intézménynek rögzítenie szükséges az ellátott személy nevét, születési dátumát, állampolgárságát és az ellátás igénybevételére jogosító igazoláson feltüntetett adatokat. Az ún. „E” térítési kategória alapján nyújtott ellátások elszámolását az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 21. számú melléklete szerinti nyomtatvány kitöltésével kell jelenteni. A magyar egészségbiztosítás ellátására nem jogosult külföldi ellátásának elszámolását a Finanszírozási Osztály munkatársa a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig megküldi a NEAK részére.

A közösségi szabály vagy nemzetközi szerződés alapján jogosult személy esetében az Intézmény jelzése alapján a Kormányhivatal kezdeményezi a jogosultság-igazolás kiadását az illetékes külföldi biztosítótól.

Amennyiben a külföldi biztosító a beteg ellátásra való jogosultságának igazolását megtagadja, az Intézmény a beteg nevére kiállított számla alapján felszólítja a beteget a térítési díj megfizetésére. Amennyiben a beteg fizetési kötelezettségének határidőben nem tesz eleget, illetve, ha a közösségi szabály, nemzetközi szerződés hatálya alá nem tartozó személy az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, az Intézmény fizetési felszólítással, szükség esetén más jogi eljárás útján érvényesíti követelését, azzal, hogy az eset finanszírozása az egészségügyi ellátásra való jogosultságát igazolni nem tudó személy sürgősségi ellátása esetén alkalmazandó szabályok szerint történik.

Előre nem tervezett fekvőbeteg ellátás esetében lehetőség szerint a felvétel előtt vagy a beteg állapota által lehetővé tett legkorábbi időpontban közölni kell a beteggel, hogy amennyiben nem biztosított, úgy az ellátásért térítési díjat kell fizetnie. A kalkulációhoz szükséges adatok ismeretében (BNO, WHO) a felvevő osztálynak mielőbb meg kell állapítani az igényelt ellátásért fizetendő térítési díjat, a medikai rendszer besorolója segítségével. A kezelőorvos az összegről az ellátást igénybe vevőt tájékoztatja úgy, hogy kinyomtatja a jelen szabályzat 1. melléklete szerinti kitöltött költségkalkulációs nyomtatványt és a beteggel aláírattja. Az ellátás végén a kezelőorvos újra elvégzi az ellátás besorolását, és jelzi a Finanszírozási Osztály munkatársának annak érdekében, hogy az ellenőrzés megtörténjen. A Finanszírozási Osztály munkatársa eltérés esetén a kezelőorvost tájékoztatja a változás okáról és szükség esetén javítja a besorolást, illetve elektronikusan validálja az adatlapot. Amennyiben a végleges összeg nem egyezik az előzetesen megállapított térítési díjjal, arról a beteget a kezelőorvos fentiek szerint újra tájékoztatja. A beteg és kezelőorvos aláírásával ellátott költségkalkulációs nyomtatványt a kezelőorvos az ellátást igénybe vevőt a költségkalkuláció ellenőrzése után a nyomtatvánnyal együtt a pénzkezelésre jogosult szervezeti egységre irányítja, ahol kiállítják a számlát és igazolják a díj befizetését. A pénzkezelésre jogosult szervezeti egységet a gazdasági igazgató belső szabályzattal jelöli ki. Ha a kalkuláció, illetve a beteg elbocsátása a Finanszírozási Osztály munkatársa munkaidején kívül eső időben zajlik, a pénzkezelő a távozást követő első munkanapon a Költségkalkulációs lapot eljuttatja a Finanszírozási Osztályra utólagos ellenőrzésre. A Finanszírozási Osztály munkatársa az irányító vármegyei Intézmény Pénzügyi Osztályának a Budapesti Szent Margit Kórházban tevékenységet ellátó munkatársa (a továbbiakban: Pénzügyi Osztály munkatársa) felé jelzi, ha korrekciós számla kiállítása válik szükségessé.

Előre nem tervezett járóbeteg ellátás esetén az ellátást végző orvos az ellátás megkezdését megelőzően közöli a beteggel, hogy amennyiben nem biztosított, úgy az ellátásért térítési díjat kell fizetnie. Amennyiben a beteg állapota lehetővé teszi, a vizsgálatra (németpont: 11041) vonatkozó fix díjat az ellátás megkezdése előtt megfizeti a szabályosan kitöltött 1. melléklet szerinti

költségkalkulációs nyilatkozat alapján a pénzkezelésre jogosult szervezeti egységben. Az ellátás befejeztével a végleges kalkulációhoz szükséges adatok ismeretében (németpont) az ellátást végző orvos megállapítja az igényelt ellátásért fizetendő térítési díjat, a medikai rendszer besorolója segítségével és jelzi a Finanszírozási Osztály munkatársa részére, annak érdekében, hogy az ellenőrzés megtörténjen. A Finanszírozási Osztály munkatársa eltérés esetén a kezelőorvost tájékoztatja a változás okáról és szükség esetén javítja a besorolást, illetve elektronikusan validálja az adatlapot. A végleges összeget a kezelőorvos közli a beteggel és aláírhatja a költségkalkulációs lapot. Amennyiben az előzetesen befizetett összegtől a végleges kalkulált összeg eltér, a költségkalkulációs nyomtatvánnyal az ellátást igénybe vevőt a pénzkezelésre jogosult szervezeti egységre irányítja, ahol kiállítják a korrekciós számlát és igazolják a díj befizetését. A pénzkezelésre jogosult szervezeti egységet az illetékes ágazati igazgató belső szabályzattal jelöli ki.

Sürgős szükség kivételével a járóbeteg ellátás kizárólag abban az esetben kezdhető meg, amennyiben az ellátás várható díja befizetésre került. Ha a kalkuláció, illetve a beteg elbocsátása a Finanszírozási Osztály munkaidején kívül eső időben zajlik, a pénzkezelő a távozást követő első munkanapon a Költségkalkulációs lapot eljuttatja a Finanszírozási Osztály munkatársának utólagos ellenőrzésre. A Finanszírozási Osztály munkatársa a Pénzügyi Osztály munkatársa felé jelzi, ha korrekciós számla kiállítása válik szükségessé.

15. Tájékoztatási kötelezettség

15.1. Ha valamely egészségügyi szolgáltatásért térítési díjat kell fizetni, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának megkezdését megelőzően

- a) az egészségügyi szolgáltatást igénybe venni kívánó személyt, illetve
- b) az Eütv. 16. § (1) és (2) bekezdésében meghatározott esetekben az ott meghatározott személyt

szóban és írásban tájékoztatni kell a szolgáltatásért fizetendő térítési díj összegéről, valamint a befizetés lehetséges módjáról. A tájékoztatásnak minden esetben ki kell térnie a kalkulált költségek és a ténylegesen felmerült költségek közötti esetleges különbözet rendezésének módjára is.

Az a) illetve b) pont szerinti személy az 1. melléklet szerinti „Költségkalkuláció és nyilatkozat az egészségügyi szolgáltatás térítési díjának megállapítására és megfizetésére az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele esetén” elnevezésű nyomtatvány aláírásával igazolja a tájékoztatás megtörténtét és azt, hogy kötelezettséget vállal a térítési díj megfizetésére.

15.2. Ha az egészségügyi szolgáltatásért fizetendő térítési díj összege a szolgáltatás igénybe vétele előtt pontosan nem határozható meg, a fenti tájékoztatás során a térítési díj várható mértékéről kell tájékoztatást adni.

15.3. **Tervezett ellátás esetén** a kezelőorvos a jelen szabályzat rendelkezéseinek megfelelően előzetesen kitölti a jelen szabályzat 1. melléklete szerinti költségkalkulációs nyomtatvány költségkalkulációhoz szükséges adatait. A dokumentumon az ellátást igazoló kezelőorvos aláírásának és orvosi pecsétjének szerepelnie kell.

A szabályosan kitöltött dokumentummal a kezelőorvos az ellátást igénybe vevőt a Finanszírozási Osztály munkatársa irányítja, ahol megtörténik a térítési díjra vonatkozó előzetes kalkuláció. A Finanszírozási Osztály munkatársa az ellátást igénybe vevőt/költségviselőt a dokumentummal a Pénzügyi Osztály munkatársához irányítja.

A Pénzügyi Osztály munkatársa az ellátást igénybe vevőt – a dokumentum aláírása útján - írásban nyilatkoztatja a térítési díj megfizetéséről, majd kiállítja a jogszabályi előírásoknak megfelelő előleghozzájárulást, illetve számlát. A Pénzügyi Osztály munkatársa a befizetés megtörténtét igazolja.

A kezelőorvos kizárólag ezen igazolás bemutatását követően intézkedhet az ellátást igénybe vevő egészségügyi ellátásának megkezdése iránt.

16. A befizetésre vonatkozó szabályok

- 16.1. Amennyiben a jelen szabályzat rendelkezései kifejezetten eltérő eljárást nem írnak elő, a térítési díj címén fennálló fizetési kötelezettség esetén az arról való tájékoztatást követően, a szolgáltatás megkezdése előtt - a szolgáltatás fedezetének biztosítása érdekében - az igénybe vevő részére számlát kell kiállítani az igényelt szolgáltatás díjáról.

Az ellátást a beteg – a sürgős szükség, illetve a veszélyeztető állapot fennállása vagy gyanúja esetén történő ellátások kivételével - kizárólag a térítési díj jelen szabályzat szerint kalkulált összegének előlegként történő befizetése után veheti igénybe.

- 16.2. Az 16.1 pont szerinti összegű térítési díj, illetve térítési díj előleg megfizetésnek hiányában az egészségügyi szolgáltatás nyújtása nem kezdhető meg, illetve nem folytatható, kivéve azt az esetet, amikor a fizetendő térítési díjról szóló tájékoztatás is mellőzendő.
- 16.3. Ha a jelen szabályzat másként nem rendelkezik, a térítési díj fizetésére kötelezett az egészségügyi szolgáltatás nyújtását követően, de a beteg Intézményből történő elbocsátást megelőzően a térítési díj (vagy térítési díj különbözet) teljes összegének megfizetésére köteles, az Intézmény által kiállított számla alapján. Amennyiben a beteg Intézményből történő elbocsátásának napjáig a térítési díj teljes összegének megfizetésére nem került sor, a szolgáltatást igénybe vevővel a szabályzat 2. számú melléklete szerinti tartozáselismerő nyilatkozatot kell aláírni.
- 16.4. Ha az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének időtartama előre láthatóan hosszabb időt vesz igénybe, és a térítési díj összege a befizetett előleg összegét meghaladja, akkor az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során havonta részszámlát kell kiállítani.
- 16.5. Ha a térítési díj fizetésére kötelezett a részszámla összegét határidőben nem fizeti meg, az egészségügyi szolgáltatás nyújtása nem folytatható mindaddig, amíg a kötelezett a fizetési kötelezettségét nem teljesíti, kivéve azt az esetet, ha olyan helyzet áll elő amikor a fizetendő térítési díjról szóló tájékoztatás is mellőzendő.
- 16.6. A 17.1-17.5 pontokban foglaltak nem alkalmazhatók, ha a térítési díjat nem a térítési díj fizetésére kötelezett, hanem a térítési díj fizetésére kötelezettel szerződött más szervezet, így különösen magánbiztosító, alapítvány, karitatív szervezet fizeti meg és az ellátás megkezdését megelőzően becsatolták a 10. melléklet szerinti Tartozásátvállaló nyilatkozatot, amelyben az átvállaló szervezet vagy személy vállalja, hogy az ellátással kapcsolatosan felmerülő költségeket az Intézmény részére megfizeti. Ilyen esetben a kötelezettséget vállaló az Intézmény által kiállított számla ellenértékét 8 napon belül köteles megfizetni.
- 16.7. A szolgáltatás teljesítését követően a ténylegesen elvégzett szolgáltatások alapján az Intézmény felülvizsgálja a kiállított előleghozzájárulás összegét, és gondoskodik a végösszeg kiállításáról a beteg távozásának napján, vagy amennyiben az nem lehetséges, az azt követő első munkanapon. Amennyiben az előleg vagy a részszámlákon befizetett térítési díj összege meghaladja a ténylegesen fizetendő térítési díj összegét, az Intézmény az erről történő tudomás szerzéstől számított 15 napon belül a különbözetet visszafizeti a szolgáltatást igénybe vevő által írásban megjelölt bankszámlaszámra. E bekezdést kell alkalmazni akkor is, ha a fizetési kötelezettséget az

Intézmény tévesen, a jelen szabályzatban meghatározott mértéknél magasabb összegben határozta meg.

16.8. Amennyiben a térítési díjat az annak megfizetésére köteles az egészségügyi ellátás során, de legkésőbb az Intézményből történő elbocsátásáig nem fizette meg, illetve felszólításra annak utólagos megfizetését nem vállalja az Intézmény intézkedik a meg nem fizetett térítési díj és az eljárás során felmerült egyéb költség behajtása iránt.

17. A térítési díjak számlázására vonatkozó szabályok

17.1. A térítésköteles ellátások díját kizárólag számla ellenében lehet átvenni. Az előlegszámlának és a számlának tartalmaznia kell:

- a) az Intézmény nevét, székhelyét, adószámát,
- b) a vevő nevét, lakcímét vagy számlázási címét,
- c) a megállapított térítési díj forintban meghatározott összegét,
- d) a gazdasági esemény (szolgáltatás, anyagköltség stb.) pontos megnevezését és mennyiségét, valamint adó nélküli egységárát,
- e) a számla nettó értékét és az ÁFA mértékét,
- f) a számla sorszámát, mely a számlát, kétséget kizáróan azonosítja,
- g) adómentes értékesítés esetén az Áfa tv. vagy a Hozzáadott értékadó-irányelv vonatkozó rendelkezéseire történő hivatkozást, vagy bármely más, de egyértelmű utalást arra, hogy a termék értékesítése, szolgáltatás nyújtása mentes az adó alól,
- h) a számla keltét, valamint a számla további jogszabályban meghatározott kötelező adatát.

17.2. A fizetendő térítési díjról, valamint az előlegről szóló számlát, illetve részszámlát (a továbbiakban együtt: **számla**) a Pénzügyi Osztály munkatársa a CT-EcoSTAT gazdasági rendszer segítségével állítja elő, az ellátást nyújtó szervezeti egység által kiállított, 1. melléklet szerinti tételes dokumentumok alapján.

A számla befizetése a pénzkezelési szabályzatban foglaltak szerint történik. A számla ellenértékét

- a) az Intézmény számlán feltüntetett bankszámlaszámára átutalással,
- b) csekken,
- c) az Intézmény pénztárában a hivatalos pénztári nyitvatartási időben, valamint
- d) a hivatalos pénztári nyitvatartási időn túl a készpénzfizetési számlatömb használatával a készpénzfizetési számlatömböt kiállító részére

kell megfizetni.

17.3. Az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő, illetve az, aki a térítési díjat megfizette a készpénzfizetési számla első (eredeti) példányának, valamint a bevételi pénztárbizonylatnak a bemutatásával igazolja a kezelőorvos részére, hogy a térítési díj, az előleg, illetve részszámla befizetése megtörtént.

A betegellátást végző szervezeti egység vezetője, valamint a kezelőorvos felelős a jelen szabályzatban foglaltak értelemszerű végrehajtásáért, valamint azért, hogy – a sürgős szükség kivételével – ellátás nyújtására az előleg befizetésének hiányában ne kerüljön sor.

17.4. A fenti feladat végrehajtása érdekében betegellátást végző szervezeti egység vezetőjének irányítása mellett a kezelőorvos végzi

- a) a térítési díj fizetésére vonatkozóan adott tájékoztatást,
- b) a tételes számla kiállításához szükséges dokumentumok előkészítését,

- c) a pénzkezelési szabályzat szerinti pénzbevételezés megtörténtének ellenőrzését,
a pénzkezelési szabályzat szerint ellenőrzött biztosítói fedezetigazolás dokumentálását.

18. Szerződéses kapcsolatok

- 18.1. **Közfinanszírozott egészségügyi intézménnyel kötött szerződés** alapján a betegek részére az Intézmény által nyújtott **konzíliumi és diagnosztikai szolgáltatások** esetében, valamint a más közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató által az Intézményben ápoltt, illetve kezelt beteg részére nyújtott konzíliumi és diagnosztikai szolgáltatások esetében - külön szerződés hiányában – a NEAK által meghatározott finanszírozási paramétereket kell alkalmazni.
- 18.2. Ha jogszabály másként nem rendelkezik a NEAK által meghatározott finanszírozási paramétereket kell alkalmazni hatósági elszámolók (rendőrség, menekültügyi hatóság) **megkeresésére végzett szolgáltatás** nyújtásáért fizetendő térítési díjra is. E bekezdés alkalmazása szempontjából hatósági elszámolónak minősül az olyan állami szerv, aki a jogszabályban meghatározott feladata és hatásköre gyakorlásához kezdeményezi az Intézményi szolgáltatás nyújtását, így különösen szakvélemény adását. Hatósági elszámolónak minősül különösen – feltéve, hogy az e bekezdésben foglalt feltételeknek egyébként megfelel – a rendőrség és a menekültügyi hatóság.
- 18.3. A **nem közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatóval kötött szerződés** alapján – a nem közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató beutalása, vizsgálatkérése alapján végzett **konzíliumi és diagnosztikai szolgáltatásokra** esetében – a 4-es térítési kategóriára vonatkozó díjtételeket kell alkalmazni.

19. Főigazgató méltányossági jogköre

- 19.1. A térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokért fizetendő térítési díjak összegét a főigazgató, az Intézménnyel legalább 1 éve egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló munkavállaló, illetve vele egy háztartásban élő közvetlen hozzátartozója esetében, egyedi kérelem alapján méltányosságból csökkentheti, illetve elengedheti.
- 19.2. A dolgozó, illetve a vele egy háztartásban élő egyenes ági hozzátartozója (szülő, gyermek) esetében a térítési díj teljes összege elengedhető.

A dolgozóval egy háztartásban élő oldalági hozzátartozója (testvére) esetén a térítési díj összegének fele elengedhető.

- 19.3. A méltányossági kérelem a 5. számú melléklet szerinti nyomtatványon nyújtható be. A kérelemhez mellékelni kell a dolgozó felett munkáltatói jogokat gyakorló ágazati igazgató támogató aláírását, továbbá az Irányító vármegyei intézmény Humánpolitikai Osztályának a Budapesti Szent Margit Kórházban tevékenységet ellátó munkatársa által kiállított igazolással igazolni kell a dolgozó jogviszonyát és annak kezdő időpontját.

20. Nyilvánosságra hozatal

- 20.1. A térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások térítési díját az Intézményben a betegek számára hozzáférhető módon nyilvánosságra kell hozni.

Ennek érdekében a jelen szabályzatot:

- minden betegellátó egységben, jól látható helyen ki kell függeszteni, valamint
- gondoskodni kell arról, hogy a szabályzat tartalmát az intézmény illetékes dolgozói megismerjék, továbbá
- az Intézmény saját honlapján /www.sztmargit.hu/, valamint belső információs hálózatán elektronikus formában is hozzáférhetővé kell tenni

21. A térítési díjból eredően fennálló követelések kezelésének rendje

- 21.1. Amennyiben a térítési díj fizetésére kötelezett fizetési kötelezettségének határidőben részben vagy egészben nem tett eleget, az Intézmény - fizetési felszólítás, szükség esetén más jogi eszközök útján - intézkedik a követelés behajtása iránt.
- 21.2. Amennyiben a követelés az államháztartás számviteléről szóló 4/2013. (I. 11.) Korm. rendelet 1. § (1) bekezdés 1. pontja alapján behajthatatlannak minősül, az Intézmény a külön szabályzatában foglalt rendelkezéseinek megfelelően jár el.

22. Záró rendelkezések

- 22.1. Jelen szabályzat az OKFŐ és az Irányító vármegyei intézmény jóváhagyását követő napon lép hatályba, hatálybalépésével egyidejűleg valamennyi azonos tárgykörben korábban kiadott szabályzat hatályát veszti.
- 22.2. Jelen szabályzat rendelkezéseit a hatálybalépését és közzétételét követően az Intézménnyel jogviszonyba kerülő beteg esetében kell alkalmazni.

1/A. sz. melléklet – Költségkalkuláció JÁRÓBETEG ellátásban

**Költségkalkuláció és nyilatkozat az egészségügyi szolgáltatás térítési díjának megállapítására és megfizetésére az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele esetén járóbeteget ellátásban
(járóbeteget szakrendelésen és szakambulancián végzett vizsgálatok térítési díjához)**

1./ A térítési díj megállapításához szükséges adatok:

ELLÁTÓ OSZTÁLY:

BETEG NEVE:

SZÜLETÉSI HELYE, IDEJE:

ANYJA NEVE:

LAKCÍME:

ÁLLAMPOLGÁRSÁGA:

IGAZOLVÁNYSZÁM (külföldi állampolgár esetén):

Beavatkozás kódja	Beavatkozás megnevezése	Beavatkozás pontértéke	Mennyisége	Térítési díja
Mindösszesen:				
Fizetendő:				

2./ Költségkalkuláció

Az 1. pont szerinti adatok alapján az ellátás igénybevételének megkezdése előtt, sürgős szükség fennállása esetén a számla kézhezvételét követően

Fizetendő összeg:Ft., azaz.....Ft.

Budapest,év.....hó.....nap

.....
kezelőorvos aláírása, bélyegzője

Budapest,év.....hó.....nap

.....
Finanszírozási Osztály munkatársa

3./ Alulírott(beteg neve nyomtatott betűvel) nyilatkozom, hogy a térítési díj fizetésének okáról, várható mértékéről, a megfizetés módjáról kezelőorvosom megfelelően tájékoztatott, továbbá tudomásul vettem, hogy a Budapesti Szent Margit Kórházban részemre nyújtott egészségügyi ellátásért, annak költségeit meg kell fizetnem és nyilatkozom arról, hogy ezen összeg a rendelkezésemre áll, és azt az ellátás megkezdése előtt, sürgős ellátás esetén az életveszély elhárítása után, a számla kézhezvételét követően haladéktalanul átutalással teljesítem vagy befizetem a Kórház Pénztárába. Tudomásul vettem, hogy a szolgáltatás teljesítését követően a ténylegesen teljesített szolgáltatás ellenértékére tekintettel további fizetési kötelezettségem keletkezhet és vállalom ennek határidőben történő megfizetését.

Amennyiben a ténylegesen teljesített szolgáltatás ellenértéke alacsonyabb összegű, mint az általam előzetesen megfizetett térítési díj összege, a különbözet összegét az alábbi bankszámlaszámra kérem átutalni:

.....

Budapest,év.....hó.....nap

.....

beteg olvasható aláírása

A beteg a térítési díjat befizette. A befizetési bizonylat száma:

Budapest,év.....hó.....nap

.....

Pénzügyi Osztály munkatársa

I/B. sz. melléklet – Költségkalkuláció FEKVŐBETEG ellátásban

Költségkalkuláció és nyilatkozat az egészségügyi szolgáltatás térítési díjának megállapítására és megfizetésére az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele esetén fekvőbeteg ellátásban

1 / A térítési díj megállapításához szükséges adatok:

ELLÁTÓ OSZTÁLY:

BETEG NEVE:

SZÜLETÉSI HELYE, IDEJE:

ANYJA NEVE:

LAKCÍME:

ÁLLAMPOLGÁRSÁGA:

IGAZOLVÁNYSZÁM (külföldi állampolgár esetén):

BNO kód	BNO megnevezése	Beavatkozás kód	Beavatkozás megnevezése
Egyedi finanszírozású eszköz, tételes gyógyszer (típus, db)			
Várható ápolási nap:			

2./ Költségkalkuláció

Az 1. pont szerinti adatok alapján történő kalkuláció:

Ellátási forma	HBCs kód	HBCs megnevezése	Súlyszám	Ápolási nap	Osztály szorzója
aktív					
aktív nappali					
rehab nappali	 	 	 	 	
rehab/krónikus	 	 	 	 	
ápolás	 	 	 	 	
kísérő	 	 	 	 	

A 2. pont szerinti adatok alapján az ellátás igénybevételének megkezdése előtt sürgős szükség fennállása esetén a számla kézhezvételét követően

Fizetendő összeg:Ft., azaz.....Ft.

Budapest,év.....hó.....nap

.....
kezelőorvos aláírása, bélyegzője

Budapest,év.....hó.....nap

.....
Finanszírozási Osztály munkatársa

3./ Alulírott(beteg neve nyomtatott betűvel) nyilatkozom, hogy a térítési díj fizetésének okáról, várható mértékéről, a megfizetés módjáról kezelőorvosom megfelelően tájékoztatott, továbbá tudomásul vettem, hogy a Budapesti Szent Margit Kórházban részemre nyújtott egészségügyi ellátásért, annak költségeit meg kell fizetnem és nyilatkozom arról, hogy ezen összeg a rendelkezésemre áll, és azt az ellátás megkezdése előtt, sürgős ellátás esetén az életveszély elhárítása után, a számla kézhezvételét követően haladéktalanul átutalással teljesítem vagy befizetem a Kórház Pénztárába. Tudomásul vettem, hogy a szolgáltatás teljesítését követően a ténylegesen teljesített szolgáltatás ellenértékére tekintettel további fizetési kötelezettségem keletkezhet és vállalom ennek határidőben történő megfizetését.

Amennyiben a ténylegesen teljesített szolgáltatás ellenértéke alacsonyabb összegű, mint az általam előzetesen megfizetett térítési díj összege, a különbözet összegét az alábbi bankszámlaszámra kérem átutalni:

Budapest,év.....hó.....nap

.....
beteg olvasható aláírása

Budapest,év.....hó.....nap

.....
Finanszírozási Osztály munkatársa

A beteg a térítési díjat befizette. A befizetési bizonylat száma:

Budapest,év.....hó.....nap

.....
Pénzügyi Osztály munkatársa

Meggyőződtem arról, hogy a beteg a térítési díj előleget az ellátás megkezdését megelőzően maradéktalanul megfizette. A beteg kezelését megkezdem.

Budapest,év.....hó.....nap

.....
kezelőorvos aláírása, bélyegzője

Amennyiben a tényleges költség eltér az előzetesen kalkulált összegtől:

.....(beteg neve nyomtatott betűvel) ellátásának tényleges költsége

Az eltérés oka:

Beteg által fizetendő összeg:Ft., azaz.....Ft.

Kórház által fizetendő összeg:Ft., azaz.....Ft.

Budapest,év.....hó.....nap

.....
kezelőorvos aláírása, bélyegzője

Budapest,év.....hó.....nap

.....
Finanszírozási Osztály munkatársa

Az előzetesen megfizetett térítési díj összegétől való eltérést tudomásul vettem és amennyiben fizetési kötelezettségem áll fenn, annak teljesítését vállalom.

Budapest,év.....hó.....nap

.....
beteg olvasható aláírása

A beteg a térítési díj különbözetet befizette. A befizetési bizonylat száma:/A beteg számára a térítési díj különbözet kifizetésre került. A kifizetési bizonylat száma:

Budapest,év.....hó.....nap

.....
Pénzügyi Osztály munkatársa

2.sz. melléklet – Tartozáselismerő nyilatkozat

Tartozáselismerő nyilatkozat

Alulírott.....
állampolgársága:
születési helye: ideje:
külföldi lakcíme:
anyja neve:
útlevél /Jg. száma:
magyarországi tartózkodási helye/lakcíme.....

elismerem,

hogy [év, hónap, nap]és napja között a Budapesti Szent Margit Kórházban gyógykezelés alatt álltam és a kórházból való távozásom alkalmával a kezelési és ápolási költségeket maradéktalanul nem térítettem meg.

Ezzel összefüggésben elismerem, hogy térítési díj jogcímén mindösszesen ,- Ft, azazforint összegű tartozásom áll fenn.

Budapest,év.....hó.....nap

.....
díjfizetésre kötelezett aláírása

Kijelentem, hogy a térítési díj számítására vonatkozó információkról és a tartozásom összegéről megfelelően tájékoztattak és ezen okirat tartalmát megismertem.

Alulírott tanúsítom, hogy a díjfizetésre kötelezett személy magát kétséget kizáró módon igazolta, a jelen nyilatkozaton feltüntetett adatait igazoló dokumentumokat részemre bemutatta, és az adatok pontosan és teljeskörűen kerültek rögzítésre.

Budapest,év.....hó.....nap

.....
ellenőrzést végző személy neve, beosztása

Előttünk, mint tanúk előtt:

Aláírás:
.....

Név:
.....

Lakcím:
.....

3. sz. melléklet – Szerződésminta Krónikus Belgyógyászati Osztályon - kiegészítő térítési díjról, emelt szintű szolgáltatás igénybevételéről

amely létrejött az alulírott napon és helyen, egyrészt a

Budapesti Szent Margit Kórház (székhely: 1032 Budapest, Bécsi út 132.) mint a krónikus betegellátást biztosító egészségügyi intézmény (a továbbiakban: **Kórház**),

másrészt a Kórházba betegként felvett:

szül.: _____ a.n.: _____
sz.ig.szám: _____ TAJ-szám: _____
lakcím: _____
alatti lakos (továbbiakban: **Ápolt**),

amennyiben az Ápolt nem maga jár el, hozzátartozója / ellátója:

szül.: _____ a.n.: _____
sz.ig.szám: _____
lakcím: _____

(továbbiakban: **Hozzártartozó**) között az alábbi feltételek mellett:

- A Krónikus Belgyógyászati Osztály **20..... év _____ hó _____ napján** veszi fel az Ápoltat. A kezelés időtartama annak a függvénye, hogy az Ápolt meddig szorul állandó orvosi felügyeletre, amelyet a kezelőorvos és osztályvezető főorvos közösen határoz meg, az Ápolt állapotának függvényében.
- Ápolt/hozzártartozó tudomásul veszi, hogy a felvételt követő hetedik hónaptól az ellátásért kiegészítő térítési díjat köteles fizetni, amelynek mértéke napi 800,- Ft.

A kiegészítő térítési díjat az elhelyezéstől számított hetedik hónaptól kezdődően számla ellenében a Kórház pénztárában közvetlenül az osztályvezető, vagy az általa kijelölt személy által átadott befizetési javaslattal igazolva 30 napra előre kell befizetni, a fizetési kötelezettség keletkezésének napján, a fizetés ezt követően minden hónapban az előző befizetés lejáratí napján esedékes.

Ápolt/hozzártartozó tudomásul veszi, hogy amennyiben fizetési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Kórház a kiegészítő térítési díj behajtása felől intézkedik. A behajtási eljárástól függetlenül, amennyiben az Ápolt/hozzártartozó fizetési kötelezettségének felszólítás ellenére sem tesz eleget, úgy 8 napos felmondási határidővel, indoklás nélkül a Kórház a szerződést egyoldalúan felmondhatja.

- Jelen szerződés akkor szűnik meg amikor a Kórház az Ápoltat elbocsátja a kezelőorvos és az osztályvezető főorvos által meghatározott, az Ápolttal és a hozzártartozóval egyeztetett időpontban, vagy más osztályra helyezi át, illetve az Ápolt az osztályról saját szándékából önként távozik, vagy elhalálozott.

Ápolt/Hozzártartozó jelen szerződés aláírásával kifejezetten tudomásul veszi, hogy a jelen szerződés megszűnésének napján a Kórház az Ápoltat az ápolt /hozzártartozó költségére a további

gondozását biztosító címre, ennek hiányában az Ápolat/Hozzá tartozó jelen szerződésben feltüntetett lakcímére szállíttatja.

- A Kórház az Ápolat értéktárgyaiért, értékpapírokért, készpénzért csak az esetben vállal felelősséget, ha azokat a Kórház illetékes dolgozója megőrzésre dokumentáltan átvette.
- Ápolási Osztályról Krónikus Osztályra történő áthelyezés esetén, a Krónikus Osztályon töltött időbe az Ápolási Osztályon eltöltött időtartam, valamint az Ápolási/Krónikus osztályról történő elbocsátást követő naptól számított hat hónapon belül történt ismételt felvétel esetén a megelőző krónikus /ápolási osztályon eltöltött időtartam beszámít. A felvétel és távozás napja egy napnak számít.
- Az Ápolat köteles az Intézmény házirendjének betartását. Az Ápolat saját és mások testi épségének, biztonságának megőrzése érdekében az osztály egész területén tilos a dohányzás és a szűrő – vágó eszközök behozatala. A szabály be nem tartása esetén az ebből adódó károkért a beteg, illetve a hozzátartozója felelős.
- A Kórházban térítési díj ellenében az alapszolgáltatáson kívül *emelt szintű szolgáltatás* igénybevételére van lehetőség. Ennek keretében az osztályon nyújtott emelt szintű szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza:

- csoportos torna - naponta
- frissítő masszázs – hetente 1 alkalommal
- pszichológus – hetente 1x
- logopédus – hetente 1x
- kreatív foglalkozások – hetente 3x
- zene hallgatás - naponta
- szervezett film nézés – hetente 2x
- wifi, internet elérés

Az ápolat/ hozzátartozó fentieket megismerve akként nyilatkozik, hogy az emelt szintű szolgáltatásokat igényli és azok térítési díját megfizeti: IGEN - NEM.

Amennyiben ápolat/hozzátartozó igényli az emelt szintű szolgáltatást, úgy az emelt szintű szolgáltatásért ápolat/hozzátartozó ápolási napra,- Ft összegű térítési díjat köteles a Kórház részére megfizetni.

- A felek jelen szerződéssel kapcsolatosan az esetleges felmerülő jogvitájuk megkísérlik elsődlegesen tárgyalásokkal, békés úton rendezni.
- Jelen szerződést a felek - felolvasása és magyarázása után -, mint akaratukkal megegyezőt, helybenhagyólag írták alá.

Budapest, 202...hónap

A Budapesti Szent Margit Kórház képviselőjében:

.....
főigazgató

.....
osztályvezető

Budapest,év.....hó.....nap

.....
Ápolt / hozzátartozó

4. sz. melléklet - Szerződés minta ÁPOLÁSI OSZTÁLYON - kiegészítő térítési díjról, emelt szintű szolgáltatás igénybevételéről

amely létrejött az alulírott napon és helyen, egyrészről a

Budapesti Szent Margit Kórház (székhely: 1032 Budapest, Bécsi út 132.) mint ápolási fekvőbetegellátást biztosító egészségügyi intézmény (a továbbiakban: **Kórház**),

másrészt a Kórházba betegként felvett:

szül.: _____ a.n.: _____

sz.ig.szám: _____ TAJ-szám: _____

lakcím: _____

alatti lakos (továbbiakban: **Ápolt**),

amennyiben az Ápolt nem maga jár el, hozzátartozója / ellátója:

szül.: _____ a.n.: _____

sz.ig.szám: _____

lakcím: _____

(továbbiakban: **Hozzártartozó**) között az alábbi feltételek mellett:

1/ Az ápolás és a szerződés időtartama: **20.....év.....hó..... nap - 20.....év.....hó.....nap.**

2/ A Kórháznál ápolás céljából történő elhelyezés és ápolás **800,- Ft/ nap kiegészítő térítési díjért** vehető igénybe.

3/ Az ápolt/hozzártartozó jelen szerződés aláírásával saját kezdeményezésre úgy nyilatkozik, hogy kéri az ellátást és vállalja, hogy az ellátásért a felvétel napjától kezdődően 800 Ft-os, azaz nyolcszáz forintos napi díjat köteles fizetni.

4/ A térítési díjat számla ellenében a Kórház pénztárában közvetlenül az osztályon átadott befizetési javaslattal igazolva, előre, az előzőleg már befizetett határnap előtt 2 munkanappal kell befizetni.

5./ Az első hónap ápolási díja az osztályra történő felvétel napján esedékes.

6/ Ápolt/hozzártartozó tudomásul veszi, hogy amennyiben fizetési kötelezettségének nem tesz eleget, úgy a Kórház a kiegészítő térítési díj behajtása felől intézkedik. A behajtási eljárástól függetlenül, amennyiben az Ápolt/hozzártartozó fizetési kötelezettségének felszólítás ellenére sem tesz eleget, úgy 8 napos felmondási határidővel, indoklás nélkül a Kórház a szerződést egyoldalúan felmondhatja.

A felvétel és távozás napja egy napnak számít.

7/ A szerződés megszűnik

- a jelen megállapodás 1. pontjában rögzített idő elteltével,
- ha az ápolt, vagy tartásra kötelezett eltartója kéri,
- ha az ápolt aktív fekvőbeteg intézeti ellátásra szorul,
- ha az ápolt idősek otthonába kerül,
- ha az ápolt meghal,

- ha az ápolat (hozzátartozó) fizetési kötelezettségét nem teljesíti,
- ha az ápolat a házirendet ismételt figyelmeztetés ellenére súlyosan megsértette, az Intézet az ellátást kénytelen felmondani. A figyelmeztetést írásban kell a beteggel (hozzátartozóval) közölni.

A szerződés azt a napot követően szűnik meg, amikor az ápolat a kórház elbocsátja, vagy az ápolási részlegről más osztályra helyezi át, illetve az ápolat elhalálozott. Amennyiben az ápolat előbbi okok miatt nem tölti ki az előre befizetett ápolási napokat, az Intézet a visszajáró összeget az Ápolási Osztály feladása alapján a befizetőnek visszafizeti.

Ápolat/Hozzáartozó jelen szerződés aláírásával kifejezetten tudomásul veszi, hogy a jelen szerződés megszűnésének napján a Kórház az Ápolat az ápolat /hozzátartozó költségére a további gondozását biztosító címre, ennek hiányában az Ápolat/Hozzáartozó jelen szerződésben feltüntetett lakcímére szállíttatja.

8/ A jelen szerződés az 1. pontban megjelölt határozott időtartamra jön létre, amennyiben az ápolási előleg ütemesen befizetésre kerül.

9/ A Kórházban térítési díj ellenében az alapszolgáltatáson kívül *emelt szintű szolgáltatás* igénybevételére van lehetőség. Ennek keretében az osztályon nyújtott emelt szintű szolgáltatás az alábbiakat tartalmazza:

- csoportos torna - naponta
- frissítő masszázs – hetente 1 alkalommal
- pszichológus – hetente 1x
- logopédus – hetente 1x
- kreatív foglalkozások – hetente 3x
- zene hallgatás - naponta
- szervezett film nézés – hetente 2x
- wifi, internet elérés

Az ápolat/ hozzáartozó fentieket megismerve akként nyilatkozik, hogy az emelt szintű szolgáltatásokat igényli és azok térítési díját megfizeti: IGEN - NEM.

Amennyiben ápolat/hozzátartozó igényli az emelt szintű szolgáltatást, úgy az emelt szintű szolgáltatásért ápolat/hozzátartozó ápolási napra,- Ft összegű térítési díjat köteles a Kórház részére megfizetni.

10/ A Kórház az ápolat értéktárgyaiért, értékpapírokért, készpénzért csak az esetben vállal felelősséget, ha azokat írásban megőrzésre átvette.

11/ Ha az ápolás fennállása alatt az ápolat az osztályról ideiglenesen távol van, pl. hétvégén hazamegy (vagy haza viszik), ez az ellátást nem szakítja meg, és a térítési díjra nincs kihatása.

12/ A beteg testi épségének, biztonságának megőrzése érdekében az osztály egész területén tilos a dohányzás és a szűrő – vágó eszközök behozatala. A szabály be nem tartása esetén az ebből adódó következményekért, károkért a beteg, illetve a hozzáartozója felelős.

Jelen megállapodást a felek elolvasás és közös értelmezés után, mint akaratukkal megegyezőt helybenhagyólag írták alá.

Budapest, 20... ..hónap

A Budapesti Szent Margit Kórház képviselőjében:

.....

főigazgató

.....

osztályvezető

Budapest,év.....hó.....nap

.....

Ápolt / hozzátartozó

5. sz. melléklet – Méltányossági kérelem

MÉLTÁNYOSSÁGI KÉRELEM

Budapesti Szent Margit Kórház
1032 Budapest
Bécsi út 132.

Tisztelt Főigazgató Úr!

Azzal a kéréssel fordulok Önhöz, hogy az Intézményben

- a) általam / egyenes ági hozzátartozóm által igénybe vett/veendő egészségügyi szolgáltatások térítési díja megfizetésének kötelezettsége alól mentesítsen,
- b) *oldalági hozzátartozóm* által igénybe vett/veendő egészségügyi szolgáltatások térítési díja 50%-os mértékben csökkentett összegben történő megfizetésének lehetőségét engedélyezze.

Az Intézménnyel fennálló egészségügyi szolgálati jogviszonyom kezdete:

Munkavégzési helyem:

Munkaköröm, beosztásom:

Az ellátott neve:

rokonsági fok:

Budapest,év.....hó.....nap

.....
dolgozó

A méltányosság engedélyezését javaslom/nem javaslom.

Budapest,év.....hó.....nap

.....
munkáltatói jogkör gyakorló

Pénzügyileg ellenjegyzem:

Budapest,év.....hó.....nap

.....

A térítési díj (megfelelő rész aláhúzandó):

- MEGFIZETÉSÉT MÉLTÁNYOSSÁGBÓL ELENGEDEM,
- ÖSSZEGÉT 50%-KAL CSÖKKENTETT MÉRTÉKBEN ÁLLAPÍTOM MEG,
- MEGFIZETÉSÉVEL KAPCSOLATOS KÉRELMEÁT ELUTASÍTOM.

Budapest,év.....hó.....nap

.....

főigazgató

6. sz. melléklet – Hotelszolgáltatás igénylése

HOTELSZOLGÁLTATÁS IGÉNYLÉSE

Alulírott

..... (név),

.....(lakcím),

..... (személyazonosító igazolvány vagy útlevél száma),

igénybe kívánom venni a Budapesti Szent Margit Kórház
Ostályán ágyas szobát egyedüli* vagy másodmagammal* történő elhelyezéssel az
egészségügyi ellátásom időtartamára. (*-gal megjelölt rész aláhúzendó)

A fenti elhelyezésért a hatályos Térítési Díjszabályzatának **4. számú függelékében** meghatározott díjat
fizetem meg, mely az ellátásom várható időtartamára
.....,- Ft/nap díjjal számolva
összesen Ft.

Tudomásul veszem, hogy az elhelyezésért az ellátás tényleges időtartama szerinti összeget vagyok
köteles megfizetni. Vállalom, hogy az ellátásom utolsó napján az Intézmény által kiállított számlán
feltüntetett összeget a kórházból történő távozásomat megelőzően befizetem.

Tudomásul veszem továbbá azt, hogy elhelyezési igényem ellenére, amennyiben a területi betegellátás
zavartalansága miatt az Intézmény a fenti elhelyezést számomra nem tudja biztosítani, úgy arra igényt
nem tarthatok és ez esetben a fent feltüntetett térítési díj fizetésére nem vagyok kötelezett.

Budapest,év.....hó.....nap

.....

ellátást igénylő

7. sz. melléklet – Kötelezvény TAJ kártya bemutatására

KÖTELEZVÉNY

TAJ kártya, illetve EU Kártya bemutatására

Tisztelt Betegünk!

Ön és /vagy Hozzá tartozója a Budapesti Szent Margit Kórház betegellátó szervezeti egysége által nyújtott egészségügyi szolgáltatás igénybevétele előtt, a térítésmentes ellátásra való jogosultságot – a TAJ számot tartalmazó Hatósági Bizonyítvány bemutatásával – nem tudta igazolni.

Felhívjuk az Ön és/vagy Hozzá tartozója szíves figyelmét arra, hogy az ellátott személy TAJ számot igazoló okmányát az ellátást követő 15 napon belül be kell mutatni az ellátást végző szervezeti egység adminisztratív irodájában!

A 43/1999. (III.3) Korm. rend. 4.§ (5) szerint abban az esetben, ha az ellátott személy vagy hozzátartozója a TAJ számot igazoló okmányt az ellátást követő 15 napon belül nem mutatja be, az ellátást végző szolgáltató a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőnél kezdeményezi a TAJ szám rendelkezésre bocsátását, az ellátott személy azonosítására szolgáló, rendelkezésre álló adatok (név, születési hely, idő, anyja neve, lakcíme) megküldésével.

Amennyiben a finanszírozótól a rendelkezésre álló adatok alapján Intézetünk a TAJ számot nem kapja meg – és ezért az ellátást finanszírozni nem tudja –, az irányadó jogszabályok alapján a Térítési díjsszabályzatunkban foglaltaknak megfelelően az ellátás költségeit önnek kiszámlázzuk.

Biztosított / hozzátartozó azonosító adatai:

Biztosított / hozzátartozó

Név:

Születési hely:

Születési idő:

Születéskori név:

Anyja neve:

Lakcíme:

Személyi igazolvány/

Útleveleszám:

Hozzá tartozó esetén hozzá tartozói minősége:

.....

Budapest,év.....hó.....nap

.....

biztosított / hozzá tartozó

Budapest,év.....hó.....nap

.....

intézmény nevében eljáró személy neve, beosztása

A beteg az állapotából kifolyólag nyilatkozatot tenni nem tud.

Budapest,év.....hó.....nap

.....

kezelő orvos aláírása, pecsétje

8. sz. melléklet – Befogadó nyilatkozat

Befogadó nyilatkozat

(területi ellátási kötelezettség alá nem tartozó biztosítottak a Budapesti Szent Margit Kórházba történő beutalása esetén)

A beutaló orvos neve:

.....

Címe/székhelye:

.....

Orvosi pecsét száma:

Megkeresés időpontja (év, hónap, nap, óra,):

.....

A beutalt biztosított beteg neve:

.....

Születés ideje: [év, hónap, nap]

TAJ száma:

Lakcíme:

.....

A beutalással érintett Osztály/Ambulancia neve:

.....

.....

A beutalás szerint tervezett vizsgálat/kezelés/műtét/beavatkozás/szakellátás megnevezése,
melyhez a jelen befogadó nyilatkozatot kéri:

.....

A fent megnevezett szakellátás elvégzése érdekében, fent megnevezett biztosítottat megjelölt osztályunkon /ambulancián/ szakrendelőben fogadjuk és a nevesített szakellátást részére – a rendelkezésünkre álló személyi és tárgyi feltételek mellett - biztosítjuk, az ellátásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást követően, valamint a biztosított betegnek a szakellátásra vonatkozó beleegyező nyilatkozata alapján.

Jelen befogadó nyilatkozat a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rend. 3/A.§ (2), (3) bekezdése szerint, a beutaló orvosnak a biztosított kérésére történő megkeresése alapján került kiállításra 3 eredeti példányban, melyből 1-1 példányt a biztosított, a beutaló orvos, valamint a befogadó

egészségügyi szolgáltató rendelkezésére kell bocsátani és a biztosított egészségügyi dokumentációjában meg kell őrizni.

A befogadó nyilatkozatot adó osztályvezető főorvos/helyettese/ orvos igazgató / főigazgató/
aláírása, pecsétje:

P.H.

Kelt: Budapest,

9. sz. melléklet – Államközi egyezmények

Államközi szerződés, területi elven nyugvó szociálpolitikai, egészségügyi együttműködési egyezmények alapján történő ellátás

Útlevel felmutatása ellenében életet veszélyeztető heveny megbetegedések és halaszthatatlan, a beteg állapotának stabilizálásának céljából végzett sürgősségi ellátás nyújtható a következő országok állampolgárainak:

(Térítési kategória: „3”- as, államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás)

Államközi egyezmények

1. Angola (17/1984. (III. 27.) MT rend.)
2. Észak-Korea (14/1975. (V. 14.) MT rendelet) (csak KNDK állampolgárai)
3. Irak (47/1978. (X. 4.) MT rend.)
4. Jordánia (15/1981. (V. 23.) MT rend.)
5. Jugoszlávia (1959. évi 20. tvr.) (csak Szerbia, Macedónia, és Koszovó tekintetében alkalmazandó)
6. Kuvait (33/1979. (X. 14.) MT rend.)
7. Szovjetunió (1963. évi 16. tvr.) utódállamai, Ukrajna esetén alkalmazandó)
8. Mongólia (29/1974. (VII. 10.) MT rend.)

10. sz. melléklet – Tartozáselvállaló nyilatkozat

TARTOZÁSELVÁLLALÓ NYILATKOZAT

amely létrejött egyrészről:

név:

születési hely, idő:

anyja neve:

lakcíme:

mint kötelezett (a továbbiakban: **Kötelezett**),

másrészről:

elnevezés²:

név³:

székhely:

születési hely, idő:

cg. szám:

anyja neve:

adószám:

lakcíme:

képviseli:

mint átvállaló (a továbbiakban: **Átvállaló**), a továbbiakban Kötelezett és Átvállaló, együttesen mint **Felek** között az alulírott helyen és napon az alábbi feltételekkel.

Felek rögzítik, hogy Kötelezett a Budapesti Szent Margit Kórházban (1032 Budapest, Bécsi út 132., a továbbiakban: Intézmény) keretében térítési díj ellenében végzett egészségügyi ellátást kíván igénybe venni.

Kötelezett a jelen nyilatkozat elválaszthatatlan mellékletét képező, az elvégzendő egészségügyi ellátás várható költségeiről készített előzetes költségkalkuláció alapján

.....
...- Ft térítési díj, továbbá előre meg nem határozható összegben, az előzetes költségkalkuláció és a ténylegesen felmerült, indokolt egészségügyi ellátások térítési díjának különbözetéről kiállított számlán feltüntetett térítési díj megfizetésére köteles.

² Nem természetes személy esetén

³ Természetes személy esetén

Jelen nyilatkozat Felek általi aláírásával - az Intézmény egyidejű értesítése mellett, - Átvállaló kötelezettséget vállal arra, hogy a tartozás esedékességekor a Kötelezettől átvállalja az Intézmény által végzett egészségügyi ellátásból eredő valamennyi tartozást és határidőben megfizeti az Intézmény részére.

Felek kifejezetten tudomásul bírják arról, hogy a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 6:206. § bekezdése szerint a követelés teljesítéséért a tartozáselvállalás szabályai szerint egyetemesen kötelezettek.

Jelen nyilatkozat aláírásával Kötelezett kifejezett és önkéntes hozzájárulását adja, hogy az Intézmény a tartozásról kiállított számlákat, és az ellátással összefüggően keletkezett, a tartozás megfizetéséhez szükséges további dokumentumot az Átvállaló részére kézbesítse.

Jelen megállapodás a felek általi aláírás napján lép hatályba.

A jelen megállapodásra a magyar jog szabályait kell alkalmazni, a nem szabályozott kérdésekben a Ptk. rendelkezései irányadók.

A megállapodás magyar és idegen nyelvű szövegváltozatai közötti eltérés esetén a Felek megállapodása alapján a magyar nyelv irányadó.

Felek a megállapodásban foglaltakat elolvasták és megértették, az abban foglaltakat magukra nézve kötelezőnek ismerik el és jóváhagyólag írják alá.

Kelt:

.....

Kötelezett

.....

Átvállaló

A megállapodás egy példányát 20..... év hónap napján átvettem.

.....

Budapesti Szent Margit Kórház

1. függelék – Térítési díj számítása JÁRÓBETEG ellátásban

Térítési díjköteles ellátások díjának számítási módszertana a járóbeteg ellátásban

Járóbeteg ellátás esetén a képlet:

$$[(\text{németpontérték} \times \text{pont/Ft}) \times \text{járóbeteg intézeti szorzó}]$$

SORSZÁM	ELLÁTÁS MEGNEVEZÉSE	INTÉZMÉNYI JÁRÓBETEG TÉRÍTÉSI DÍJSZORZÓ
1.	Járóbeteg és diagnosztikai ellátások	5
2.	CT/MR/mammográfia/ultrahang/RTG	5
3.	HD; CAPD; EPO kezelés	3
4.	Labor	5
5.	Egyedi megállapodás alapján összeállított menedzser szűrőcsomag	2

2. függelék - Térítési díj számítása FEKVŐBETEG ellátásban

Térítési díjköteles ellátások díjának számítási módszertana a fekvőbeteg ellátásban

- **Aktív fekvő ellátás esetén a képlet:** [(HBCS súlyszám x aktuális súlyszám/Ft) x intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó]
 - aktuális súlyszám/Ft: 198 000,- Ft
- **Aktív minősítésű nappali ellátás esetén képlet:** [(HBCS súlyszám x aktuális súlyszám/Ft x 0,7 x intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó)]
 - aktuális súlyszám/Ft: 198 000,- Ft
- **Krónikus és rehabilitációs ellátás esetén a képlet:** [(aktuális krónikus napidíj x osztályos szorzó x tényleges ápolási napok száma) x intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó]
 - aktuális krónikus napidíj: 6.600,- Ft
- **Rehabilitációs nappali ellátás esetén a képlet:** [(aktuális krónikus napidíj x 0,7 x osztályos szorzó x tényleges ápolási napok száma) x intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó]
 - aktuális krónikus napidíj: 6.600,- Ft
- **Ápolási Osztály esetén a képlet:** [(aktuális krónikus napidíj x tényleges ápolási napok száma) x intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó]
 - aktuális krónikus napidíj: 6.600,- Ft

SORSZÁM	ELLÁTÁS MEGNEVEZÉSE	intézményi fekvőbeteg térítési díjszorzó
1.	Aktív fekvőbeteg ellátás díja	2
3.	Krónikus és rehabilitációs és nappali ellátás	2
4.	Aktív minősítésű nappali ellátás	2
6.	Ápolási Osztály	2

A térítésköteles rehabilitációs, valamint krónikus fekvőbeteg ellátás díját a bent töltött napok számának és jelen függelék szerinti napidíjnak a szorzata adja.

3. függelék – Alapdíjak, pontforintértékek, szorzók és nagy értékű eljárások díjai

Alapdíjak/Pontforintértékek

Aktív fekvőbeteg ellátás súlyszám forintértéke:	198 000,- Ft
Krónikus ellátás alapdíja	6 600,- Ft
Járóbeteg ellátás németpont forintértéke	1,98,-Ft

Krónikus osztály szorzói

Osztály	Szorzó
Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály	2
Krónikus Belgyógyászati Osztály	1,2

4. függelék - A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díja

A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díja (értelemszerűen az Intézményre alkalmazva)

A kötelező egészségügyi biztosítás terhére igénybe nem vehető szolgáltatások a magyar biztosítással rendelkező magyar és külföldi állampolgárok részére is csak térítési díj fizetése mellett vehetők igénybe. A jogszabályi környezet szerinti általános szabályok az Intézmény ellátásaira aktualizáltan értendők.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretébe nem tartozó egyéb - külön jogszabályban összességében meghatározott térítési díjjal bíró - szolgáltatások

A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretébe nem tartozó egyes szolgáltatások térítési díjai a mindenkor hatályos vonatkozó jogszabály, jelenleg a 284/1997. (XII.23.) Korm. rend. 2. számú melléklete szerint alakulnak.

A jelenleg hatályos jogszabályi rendelkezések szerint, az Intézmény által végzett szolgáltatások díjai az alábbiak:

Látletet készítése és kiadása	3 500 Ft
Igazságügyi szakértői tevékenység kivételével jogszabály által elrendelt vagy egyéb háziiorvosi, orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre való jogosultság megállapítása céljából kerül sor	7 200 Ft
Az a mellkas-szűrővizsgálat (tüdőszűrés), melynek igénybevételére nem az egészségügyi hatóság által a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló miniszteri rendelet szerint kötelezően elrendelt szűrővizsgálat keretében, vagy nem a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló miniszteri rendelet szerinti korhoz kötött szűrővizsgálat keretében, vagy nem jogszabály által előírt, a szakképző intézményben és felsőoktatási intézményben oktatásban részesülők szakmai alkalmassági vizsgálati keretében kerül sor.	1 700 Ft
Járványügyi készség idején a SARS-CoV-2 RT-PCR módszerrel történő kimutatására vonatkozó vizsgálat díja	17 000 Ft
Járványügyi készség idején a SARS-CoV-2 RT-PCR mintavétel díja	2 500 Ft

Járványügyi készütség idején a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálat	9 000 Ft
Járványügyi készütség idején mintavétel a SARS-CoV-2 specifikus antitest kimutatására irányuló szerológiai vizsgálathoz	2 00

Gyógyszertár

A Hospitalis Patika vény nélküli, orvosi rendelvényre kiadható készítményeket, valamint speciális gyógyászati segédeszközöket és higiénias termékeket is forgalmaz. A patika forgalomban érvényesített árakról, részben a gyógyszerészektol kapott információ alapján, részben a kifüggesztett hirdetésményekből tájékozódhatnak a szolgáltatásokat igénybe vevők.

Halott hűtéssel kapcsolatos költségek:

A halottkezeléssel kapcsolatos költségek (egyszer használatos eszközök, boncmester díja, rezsi ktsg.) 5.500 Ft+ ÁFA. Halott hűtés díja 1-5 nap 6.600 Ft+ ÁFA, 6-ik naptól 1.100 Ft+ ÁFAnaponta.

Foglalkozásegészségügyi vizsgálatok térítési díja:

A foglalkozásegészségügyi alapszolgáltatások térítési díj megfizetése ellenében vehetők igénybe, amennyiben azok nem az ellátást igénybe vevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetve üzemi balesete miatt válik szükségessé.

A foglalkozás egészségügyi vizsgálat térítési díja - a munkáltatóval kötött kifejezetten eltérő megállapodás hiányában -:

- „D” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében: 5 000 Ft/fő/év
- „C” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében: 6 800 Ft/fő/év
- „B” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében: 8 400 Ft/fő/év
- „A” foglalkozás-egészségügyi osztály esetében: 10 000 Ft/fő/év

Háttérintézményi megállapodásokkal kapcsolatos térítési díjak:

Egyszeri nettó 250.000,- Ft+ ÁFA regisztrációs díj és a szerződés hatálya alatt havi nettó 100.000,- Ft+ ÁFA/hónap rendelkezésre állási díj legfeljebb két szakma tekintetében, minden további szakma esetén havi nettó 50.000,- Ft+ ÁFA/hónap/szakma rendelkezésre állási díj fizetendő.

Intézményben végzett klinikai vizsgálatok adminisztrációs díja:

Egyszeri nettó 200.000,- Ft +ÁFA

Intézményen kívül végzett klinikai vizsgálatok befogadásával összefüggő adminisztrációs díj:

Egyszeri nettó 100.000,- Ft +ÁFA.

Kutatás keretében végzett ellátások térítési díja:

Orvostudományi kutatások esetében az ellátás nem vehető igénybe az egészségbiztosítás terhére. Az ellátás térítési díját az orvostudományi kutatást végző cég vagy szervezet (szerződés szerint) köteles az Intézmény részére megtéríteni. Kutatások esetében az ellátás során az alábbi térítési kategóriák alkalmazása szükséges:

- F = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének 1) pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozást is tartalmazó ellátása
- G = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének 1) pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozása miatt bekövetkezett szövődmény ellátása

Ezen térítési kategóriák feltüntetésével kell kérni a kutatás célját szolgáló további vizsgálatokat is.

Egészségügyi dokumentáció megismerésével, illetve másolatával összefüggő térítési díjak:

Az egészségügyi adatok megismerésére jogosult személyek számára az egészségügyi dokumentációba való betekintés korlátlanul ingyenes, a dokumentációról készült másolat rendelkezésre bocsátása első alkalommal ingyenes.

A betekintés és másolatkérés joga kizárólag személyazonosságuk és jogosultságuk hitelt érdemlő igazolását követően, a jogszabályban meghatározott személyeket illeti meg.

Amennyiben az Intézmény a dokumentáció másolatot térítés ellenében bocsátja az érintett rendelkezésre, az egészségügyi dokumentumok szolgáltatási és másolási díját az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ ajánlásának megfelelő mértékben az alábbiak szerint határozza meg:

A/4: 150,- Ft/oldal

Elektronikus másolat (CD vagy DVD): 700,-Ft/lemez

Ápolási Osztály ápolási napok után fizetendő térítési díj:

800,- Ft/nap.

Krónikus Fekvőbeteg Osztályon az ápolási díjjal finanszírozott, a felvételt követő hetedik hónaptól az ápolási napok után fizetendő térítési díj:

800,- Ft/nap.

Hotelszolgáltatás:

Az egészségügyi ellátás szakmai és etikai követelményeinek megfelelő színvonalú elhelyezéstől eltérő, hotelszolgáltatást az alábbi **kiegészítő díj** megfizetése esetén biztosít a kórház:

Kiemelt kórtermi elhelyezés díja:

Az Intézmény nem minden osztályán érhető el a hotelszolgáltatás. A beteg osztályra történő felvételekor a betegfelvételt végző munkatárs tájékoztatja a beteget, hogy az adott osztályon elérhető-e a hotelszolgáltatás. Az Intézmény egyes osztályain hotelszolgáltatás formájában igényelhető az egy, illetve két ágyas kórtermekben történő elhelyezés. A hotelszolgáltatást biztosító osztályokra történő felvétel során a betegfelvételt végző munkatárs köteles a beteget tájékoztatni a magasabb szintű kórtermi elhelyezés lehetőségéről és feltételeiről.

A hotelszolgáltatásért fizetendő díjat az ellátás várható időtartama alapján kell megállapítani és a 6. melléklet szerinti nyomtatványon az ellátást igénybe vevővel közölni.

Amennyiben a betegellátás zavartalansága, vagy járványügyi megfigyelés érdekében (és nem a beteg kérésére) szükséges emelt komfortfokozatú kórtermek igénybevétele, úgy a hotelszolgáltatás díját az elhelyezést igénybe vevőnek nem kell megfizetnie. Ebben az esetben a magasabb színvonalú elhelyezés csak a betegellátás zavartalansága, vagy járványügyi megfigyelés érdekében szükséges átmeneti-, lehető legrövidebb időre történik.

Aktív osztályokon:

Emelt komfortfokozatúnak minősülnek azok az egy vagy kétágyas kórtermek, ahol az alábbi kritériumok közül **legalább három** teljesül:

- szobához tartozó fürdőszoba
- szobához tartozó hűtőszekrény
- szobában légkondicionáló berendezés
- WIFI hálózat használata
- szobában TV készülék

Emelt komfortfokozatú ellátás térítési díja:

- egyágyas vagy kétágyas szobában egyedül: nettó 15.000,- Ft+ ÁFA/nap
- kétágyas szobában: nettó 10.000,- Ft+ ÁFA/nap

Krónikus és Ápolási Osztály:

Emelt komfortfokozatúnak minősülnek azok a **kétágyas kórtermek**, ahol az alábbi kritériumok teljesülnek:

- Szobában TV készülék
- Wifi hálózat használata.
- Szobához tartozó hűtőszekrény.

Emelt komfortfokozatú ellátás térítési díja: 5000,- Ft/nap

Emelt szintű szolgáltatás igénybevétele Krónikus Belgyógyászati és Ápolási Osztályon:

A Krónikus Belgyógyászati és Ápolási osztályokon térítési díj ellenében emelt szintű szolgáltatás igénybevételére van lehetőség, ennek igénybevételéről az ápolott önként dönt.

Az emelt szintű szolgáltatás - az alapszolgáltatásokon és a beteg állapota által indokolt ellátásokon - kívül a következőket tartalmazza:

- csoportos torna - naponta
- frissítő masszázs – hetente 1 alkalommal
- pszichológus – hetente 1x
- logopédus – hetente 1x
- kreatív foglalkozások – hetente 3x
- zene hallgatás - naponta
- szervezett film nézés – hetente 2x
- wifi, internet elérés

Emelt szintű szolgáltatás díja: nettó 15 000,- Ft+ ÁFA/ hetente

Kísérő személyek elhelyezésének és étkeztetésének térítési díja:

Kísérő személy meghatározása: Az Ebtv. 18. §-a (6) bekezdésének m) pontja alkalmazásában nem minősül kísérő személynek az ellátásban részesülő biztosított szülője, törvényes képviselője és közeli hozzátartozója, amennyiben a biztosított az ellátás igénybevételének megkezdésekor a 14. életévét nem töltötte be. A szülő, törvényes képviselő és közeli hozzátartozó részére biztosított szállás és étkezés finanszírozása külön jogszabályban foglaltak szerint történik. A szülő, törvényes képviselő és közeli hozzátartozó tekintetében az Ebtv. 24. § (4) bekezdését alkalmazni kell.

Az Intézmény szabad kapacitása esetén az ellátást nyújtó klinikai osztályokon lehetőséget biztosít a kísérő személyek elhelyezésére térítési díj ellenében azok számára is, akikre a fenti törvényi rendelkezés nem vonatkozik.

Kísérő személy elhelyezésének (napi 3x-i főétkezés melletti) napi térítési díja: 8000,- Ft/nap.

Ha a kísérő magasabb komfortfokozatú kórtermi elhelyezést kíván igénybe venni, akkor annak költségét is köteles megfizetni.

Menedzserszűrés egészségügyi szolgáltatások:

A vizsgálatokat szabad kapacitás figyelembevételével, előre egyeztetett időpontban vállalja az Intézmény.

1. alapsomag: Díja: 162.340,- Ft

Állapotfelmérés, általános betegvizsgálat, rizikófaktorok felmérése

Belgyógyászati vizsgálat

Egészségügyi tanácsadás

Laborvizsgálatok:

- teljes vérkép (minőségi és mennyiségi)
- májfunkciók (LDH, GOT, GGT, GPT)
- bilirubin
- vesefunkció (Karbamid, Kreatinin, GFR)
- véralvadás (Protrombin+INR)
- amiláz
- Vas
- Süllyedés + CRP
- TSH
- ionok (Na, Ka, Cl., Mg, Calcium)
- anyagcsere: koleszterin (össz.+HDL), triglicerid, glükóz, HgbA1c, húgysav
- teljes vizelet

Mellkas röntgen

Hasi ultrahang

EKG

2. emelt szintű csomag: Díja: Női szűrés: 442.788,- Ft; Férfi szűrés: 454.054,- Ft

Állapotfelmérés, általános betegvizsgálat, rizikófaktorok felmérése

Belgyógyászati vizsgálat

Egészségügyi tanácsadás

a, női szűrés

Laborvizsgálatok + széklet + tumormarkerek (CEA, CA-15-3, CA-19-9, CA-125, CA-72)

Mellkas röntgen

Hasi- és pajzsmirigy ultrahang

Nőgyógyászati vizsgálat (cytológia, nőgyógyászati ultrahang, emlők fizikális vizsgálata)

Kardiológiai vizsgálat (EKG, Terheléses EKG, szívultrahang)

b, Férfi szűrés:

Laborvizsgálatok + széklet + tumormarkerek: CEA, CA-19-9, PSA, CA-72

Mellkas röntgen

Hasi ultrahang

Urológiai szakvizsgálat

Kardiológiai vizsgálat (EKG, Terheléses EKG, szívultrahang).

A leletek ismeretében a páciens részletes felvilágosításban és tanácsadásban részesül az egészségügyi állapotával kapcsolatban.