



Térítésköteles egészségügyi szolgáltatások szabályzata

Jelen dokumentum csak akkor tekinthető érvényesnek, ha azonosító adatai megegyeznek az intranetes előíráslistában közöltekkel (intranet/Minőségirányítás).		
készítés dátuma	változás tárgya	módosítás helye
2015-09-10	Egészségügyi szolgáltatást is nyújtó szervezet által megrendelhető CT és MR vizsgálatok biztosításáról.	Új fejezettel kiegészítve; 8. Magánfinanszírozású ellátások nyújtása című rész
2015-10-14	Pontosítva a térítési díjra (részleges, kiegészítő, teljes térítési díj) és a 284/1997. (XII.23.) kormányrendeletre vonatkozó megfogalmazás.	5. rész első mondata. 6.4. rész b. pontja.
2016-03-01	OBDK ajánlása alapján módosítva az egészségügyi dokumentáció másolat kiadásának díjai. A 284/1997. kormányrendelet változott, javítva a gépjármű-vezetői alkalmassági vizsgálatra vonatkozó rész.	1. számú melléklet
2016-03-22	Utólagos számlázás leírásának pontosítása a biztosítással nem rendelkező betegek esetében.	4. Fogalmak meghatározása című rész kiegészült két bekezdéssel és az utolsó bekezdés módosult. 9.1. Térítési díj kiegyenlítése utólag, számla alapján című rész változott. 3. számú melléklet kettő lett bontva: Tájékoztató című mellékletre és Kötelezvény című, 4. számú mellékletre.
2016-08-01 2017-02-01 2018-01-02	Változtak a fekvő- és járóbeteg-szakellátás teljesítményegységeinek forintértékei.	1. számú melléklet
2019-07-10	Magán orvosi praxisból származó humán szövettani minták vizsgálati ára és az immunhisztokémia ára változott.	1. számú melléklet
2020-09-03	HCV-szűrővizsgálat vérvételi díjának beillesztése a díjjegyzékbe.	1. számú melléklet
2020-10-01	1997. évi XLVII. törvény 7. § (3) alapján a betegdokumentáció első másolati példányának térítésmentes kiadásáról. OEP névváltozás és jogszabályi megnevezések javítása, valamint az 1997. évi LXXX. tv. helyett 2019. évi CXXII. tv.	6.5. rész kiegészítve az Egészségügyi dokumentációból másolat kiadása című résszel. 1. számú melléklet 16. pontja. 1-6, 8-9 és 12. oldalak, valamint az 1. számú melléklet.
2021-02-18	Új eljárásrend készült az érvénytelen TAJ (barna szín) esetében szükséges dokumentálásról és a díjszámitásról.	5. számú melléklet (új)
2021-05-12	Szöveg pontosítás a 2. és 3. számú mellékletben: Ingyenes szó helyett térítésmentes, OEP helyett NEAK.	2. és 3. számú melléklet
2021-07-30	Jogszabályváltozás a TAJ ellenőrzés bama színű „B” és „N” kódjelű visszajelzésével kapcsolatban.	5. számú melléklet Általános rendelkezések című rész 3, 4, 5 és 6. pontja, valamint Eljárás rend érvénytelen taj esetén cím alatt a 3. pont.
2021-10-01	Díjváltozások: HCV-szűrővizsgálat vérvételi díja 2000-ről 4000 Ft-ra. A citológiai vizsgálat (patológia) díj 500-ról 800 Ft-ra, az egyéb cito vizsgálat 700-ról 1000 Ft-ra emelve. Halottkezelés díja 15000 Ft-ról 20000 Ft-ra emelve.	1. számú melléklet 8, valamint 28. és 30. pontja.
2021-12-01	A teljes ellátási/térítési díj előre történő befizetése, díjbekérő és előleg-számla használatával. Kiegészítés a Térítési díj kiegyenlítése tervezett (elektív) ellátás esetén, előleg befizetésével című résszel. A kórház és a 284/1997. Korm. rendelet megnevezése javítva. Orvosi alkalmassági közcélú foglalkoztatás esetén sor törölve, mert hatálytalan. GDPR Rendelet 15. cikk (3) bekezdés alapján kiegészítve.	4. részben a Kötelezvény cím alatt. 5. részben új 3. bekezdés. 9. rész címe és 3. pontja, a Fekvőbeteg-ellátás esetén cím alatt és a Járóbeteg-ellátás cím alatt is a 4. pont. 9.1. cím törölve (újra számozás), 9.2. rész kiegészítve. 2. és 5.pont. 1. számú melléklet 5. pont. 6.5. részben a Egészségügyi dokumentációból másolat kiadása cím alatt.
2023-06-14	Névváltozás, a "megye" helyett "vármegye" megnevezés használata.	Teljes tartalomban.

Készítette/módosította és ellenőrizte
Izsák Tünde dokumentációs ov., adatvédelmi tisztviselő
Kis Zoltán gazdasági igazgató

Hatálybalépés dátuma: 2023 JÚN 14.
Jóváhagyta
Dr. Németh Csaba főigazgató

Tartalomjegyzék

1	A szabályozás célja	2
2	Eljárás érvényessége	2
3	Illetékesség, felelősség	2
4	Fogalmak meghatározása	2
5	Eljárási rend (általános rész)	3
6	A díjtételek kiszámításának és dokumentálásának módja	4
6.1.	NEAK által elismert biztosítással nem rendelkező külföldi állampolgár esetén, akár sürgős, akár nem sürgős ellátás céljából került felvételre	4
6.2.	Biztosítással nem rendelkező magyar állampolgár esetén	4
6.3.	Határon átnyúló ellátás – külföldi betegek ellátása a 2011/24/EU irányelv alapján	5
6.4.	NEAK által nem finanszírozott ellátás esetén	6
6.5.	Egyéb díjköteles egészségügyi szolgáltatás esetén	7
7	Magyar biztosítással nem rendelkező illetve hiányos beutalóval érkező labor vizsgálati kérelem	8

8	Magánfinanszírozású ellátások nyújtása	8
9	Díjbekérő és számla készítés folyamata	9
	9.1. Térítési díj kiegyenlítése készpénzfizetéssel	11
	9.2. Plasztikai (szépészeti) beavatkozások vagy bármely más elektív (előre tervezett) egészségügyi ellátás térítési díjának befizetése	12
10	Az eljárási rend karbantartása	12
11	Kapcsolódó dokumentumok	13

1 A szabályozás célja

A 284/1997.(XII.23.) Korm. rendelet alapján - a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról - a Tolna Vármegyei Balassa János Kórházban igénybevett térítésköteles egészségügyi szolgáltatások díjszabásának és dokumentálási rendjének meghatározása.

2 Eljárás érvényessége

Az eljárás érvényes a Tolna Vármegyei Balassa János Kórház fekvőbetegeket ellátó egységeiben, osztályos ambulanciáin, járóbeteg-egységeiben, gondozó-, és diagnosztikai egységeiben.

3 Illetékesség, felelősség

- Az eljárás készítéséért: orvos igazgató
- Az eljárás jóváhagyásáért: főigazgató
- Az eljárás alkalmazásáért: a szervezeti egységek vezetői
- Az alkalmazás ellenőrzéséért: orvos igazgató, gazdasági igazgató

4 Fogalmak meghatározása

- Térítésre kötelezett külföldi beteg: NEAK által elismert betegbiztosítással nem rendelkező külföldi állampolgár.
- Térítésre kötelezett magyar beteg: Betegbiztosítással (TAJ kártya) nem rendelkező magyar állampolgár.
- NEAK által nem finanszírozott egészségügyi szolgáltatás: A NEAK által nem finanszírozott, nem egészségmegővő céllal végzett ellátások.
- Térítési díj: A jogszabályokban meghatározott díj, illetve a szolgáltató által meghatározott díj az elvégzett tevékenységekért.
- Egyéb díjköteles egészségügyi szolgáltatás: A fenti kategóriák egyikébe sem sorolható egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások.
- Elektív egészségügyi ellátás: Olyan egészségügyi ellátás, mely nem sürgősségi indikációval történik, elvégzése tervezhető és halasztható, elmaradása esetén sem éri egészségkárosodás a beteget.
- A számla alapját képező dokumentum (bizonylat): Ez alapján kerül számlázásra a térítésköteles szolgáltatás díja, amely lehet:
 - a) Fekvőbeteg ellátás esetén: „Fekvőbeteg ellátások finanszírozási előkalkulációja”. Az InfoRend klinikai rendszerből Ellátás/Nyomtatás/Fekvőbeteg ellátás finanszírozási előkalkulációja. Tartalma: beteg személyes adatai, ellátóhely adatai, Törzsszám, fel-

vétel-távozási dátum, HBCS besorolás, és annak súlyszámértéke. Az elszámolási Nyilatkozatot a kezelőorvos aláírásával és orvos-pecsétjével hitelesíti. A finanszírozási előkalkuláción szereplő adatok az „ADATLAP a kórházi (osztályos) ápolási esetről” c. dokumentum adataiból készül el, a diagnózisokra, és beavatkozásokra vonatkozó rész kitöltése a kezelőorvos feladata, ebben segítséget nyújt az osztályos kódellenőrző orvos. A beteg térítési kategóriájaként a 4-es, fizetőköteles ellátás térítési kategóriát kell kiválasztani.

- b) Járóbeteg-ellátás esetén: Az InfoRend klinikai rendszerből nyomtatott „Elszámolási Nyilatkozat”. A járóbeteg kezelés lezárásakor a 4-es térítési kategóriát kell kijelölni, így az ellátási Lap mellé kinyomtatásra kerül a fenti dokumentum, amely tartalmazza a beteg személyes adatait, ellátóhely adatait, beutaló adatokat, napló sorszámot, térítési kategóriát, elvégzett beavatkozások 5 jegyű kódját, megnevezését, darabszámot, és azok pontértékeit. Az elszámolási nyilatkozat az ellátó orvos aláírásával és orvos-pecsétjével hitelesíti.
- Finanszírozási Előkalkuláció (Elszámolási Nyilatkozat) kizárólag tájékoztatási célokat szolgál, ezért jogot vagy követelést ezzel érvényesíteni ezzel nem lehet. A fentiek nem tartalmazzák a garancia, illetve a degresszió okozta későbbi elszámolási korrekciókat, emiatt a ténylegesen kifizetett összeg a jelen kalkulációtól eltérhet.
 - Tájékoztató: Az intézmény által megfogalmazott dokumentum, melyen a beteg nyilatkozik arról, hogy a felvételkor nem rendelkezik az ingyenes egészségügyi ellátásra jogosító okmánnyal. A beteg által aláírt Tájékoztatóban vállalja, hogy amennyiben az ellátás befejezésig sem mutatja be az igazoló okmányt, úgy térítésköteles szolgáltatást vesz igénybe.
 - Kötelezvény: Az intézmény által megfogalmazott dokumentum, amelyben a beteg elismeri, hogy kórházunkban egészségügyi szolgáltatást vett igénybe, melynek díját a Finanszírozási és számviteli osztály által kiállított díjbekérő és számla alapján megtéríti. A kiállított számla az intézményt feljogosítja a térítési díj – akár jogi úton történő – megkövetelésére.

5 Eljárási rend (általános rész)

- Az egészségügyi szolgáltató a részleges, kiegészítő és teljes térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások térítési díját a betegek számára hozzáférhető módon hozza nyilvánosságra. Intézményünk honlapján elérhető az aktuális Igazgatói utasítás. A szolgáltatás teljesítése előtt az érintettet külön tájékoztatni kell a térítési díj várható mértékéről.
- A 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet 1.§ (7) bek. értelmében, amennyiben a térítési díjat az egészségügyi szolgáltatónak nem fizetik meg, a díj behajtásáról az egészségügyi szolgáltató gondoskodik.
- Tervezett beavatkozás esetén, amennyiben a betegfelvétel napján érvénytelen a beteg biztosítása (TAJ ellenőrzés eredménye alapján nem rendelkezik érvényes biztosítással a tervezett beavatkozás elvégzéséhez), a betegfelvétel, illetve a tervezett beavatkozás kizárólag az ellátás díjának 100 %-val megegyező értékű előleg befizetését követően történhet meg. A betegellátás előtt fizetendő előleg díját a Finanszírozási és számviteli osztály által kiállított díjbekérő tartalmazza, az ellátás napján befizetett előleg díját a pénztár által kiállított számla tartalmazza.
- A szabályzatban foglalt díjtételek számlázásának alapja tervezett (elektív) ellátás esetén a tervezett beavatkozás előjegyzésének időpontjában, a tervezett ellátást indikáló orvos által megadott adatok, a már befejezett ellátás esetén a kezelőorvos által kiállított, szolgáltatás teljesítését dokumentáló bizonylat.
- A normatív ápolási napok felett elszámolandó napi ápolási költséget a kontrolling csoport félévente aktualizálja, és azt továbbítja a finanszírozási és számviteli osztálynak.

- A finanszírozási és számviteli osztály – a részére megküldött dokumentáció alapján, a mindenkor érvényes számviteli előírások, és az intézeti szabályzati előírások betartásával – köteles a díjbekérőt vagy a számlát elkészíteni, és a követelést behajtani.
- A térítésköteles egészségügyi szolgáltatások szabályzatában foglaltaktól eltérni – a gazdasági igazgató véleményezését követően – a főigazgató engedélyével van csak lehetőség.

6 A díjtételek kiszámításának és dokumentálásának módja

Az elszámolás alapja:

- Fekvőbeteg ellátás esetén a hatályos jogszabályban meghatározott HBCS súlyszám.
- Járóbeteg ellátás esetén a hatályos jogszabályban meghatározott német pontszám.
- A jogszabály által nem szabályozott térítési díjak esetén az intézmény által meghatározott díj.
- Külön jogszabály által meghatározott térítésköteles ellátások esetén a jogszabály által meghatározott díj.

6.1. NEAK által elismert biztosítással nem rendelkező külföldi állampolgár esetén, akár sürgős, akár nem sürgős ellátás céljából került felvételre

6.1.1. Fekvőbeteg ellátásakor:

A térítési díj meghatározásának alapja a HBCS súlyszám az alábbiak szerint:

- a. Az alaplíj első része a normatív ápolási napig - 4 vagy nagyobb ágyszámú szobában elhelyezett fekvőbeteg ellátásakor - az adott HBCS besorolás súlyszáma, szorozva a mindenkor mellékletben meghatározott HBCS teljesítménydíjjal.
- b. Az alaplíj második része – ha a benntartózkodás ideje meghaladja a normatív napot - a normatív ápolási napon túli ápolási napokra jutó térítési díj (lásd melléklet).
- c. Az alaplíjat az „a” és „b” pontok összege képezi.
- d. Amennyiben a beteg 2 ágyas kórterembe kéri elhelyezését, a fenti alaplíj + 10%, 1 ágyas kórterem igénye esetén + 20% pótdíj képezi a számla tartalmát.

6.1.2. Járóbeteg ellátásakor:

A térítési díj meghatározásának alapja a járóellátásban végzett összes beavatkozás német pontja, szorozva a mindenkor mellékletben meghatározott német pont teljesítménydíjjal.

6.1.3. Diagnosztikai vizsgálatok végzésekor:

A térítési díj meghatározása a 2.sz. mellékletben foglaltak szerint történik.

6.2. Biztosítással nem rendelkező magyar állampolgár esetén

6.2.1. Fekvőbeteg ellátásakor:

A térítési díj meghatározásának alapja, a fekvőbeteg ellátásakor az adott HBCS besorolás súlyszáma, szorozva a mindenkor mellékletben meghatározott HBCS teljesítménydíjjal.



6.2.2. Járóbeteg ellátásakor:

A térítési díj meghatározásának alapja a járóellátásban végzett összes beavatkozás német pontja, szorozva a mindenkor mellékletben meghatározott német pont teljesítménydíjjal:

6.2.3. Diagnosztikai vizsgálatok végzésekor:

A térítési díj meghatározása a 2.sz. mellékletben foglaltak szerint történik

6.3. Határon átnyúló ellátás – külföldi betegek ellátása a 2011/24/EU irányelv alapján

A külföldi betegek a külföldi biztosító által kiállított olyan dokumentummal veheti igénybe a határon átnyúló egészségügyi ellátást, amely **Európai Unió tagállambeli állampolgárságát vagy az egészségügyi ellátásra való jogosultságát-hitelt érdemlően bizonyítja.**

Ellátás igénybevételekor szükséges igazolások:

1. **Személyazonosságot igazoló okmány** (adatok: Vezetéknév, Keresztnév, Születési dátum) **ÉS**
2. EGT tagállamban fennálló **biztosítást igazoló biztosítási kártya vagy nyomtatvány** (adatok: Vezetéknév, Keresztnév, Születési dátum, Érvényes biztosítás szerinti ország, Biztosítási szám, Külföldi biztosító neve)

Ellátás módja: a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatás keretében a külföldről érkező beteg **azonos elbírálás alá esik a magyar egészségügyi ellátásra jogosult személlyel.**

Kezeléshez szükséges dokumentumok lehetnek az ellátás természetétől függően:

1. **Beutaló** – kiállíthatja egy másik EGT tagállam egészségügyi szolgáltatója vagy egy magyar szolgáltató. A beutaló elfogadását az egészségügyi szolgáltató akkor tagadhatja meg, ha az egészségügyi szolgáltató számára nem érthető vagy nem nyújt elegendő információt a beteg egészségügyi állapotáról és az ennek alapján orvosiilag szükséges beavatkozások köréről.

A Beutalóhoz nem kötött szakellátások esetében az unios beteg ellátását nem lehet megtagadni arra vonatkozóan, hogy az egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkezik. .

2. Orvosi dokumentáció

Az egészségügyi szolgáltató csak akkor tagadhatja meg az unios beteg ellátását, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az unios beteg fogadása veszélyezteti. Az elutasítást ilyen esetben írásban kell indokolni.

Térítési díj:

Az ellátás költségeit a külföldi beteg fizeti meg. A bevétel az egészségügyi szolgáltató saját bevételét képezi. Ez a térítési díj nem térhet el attól a díjtól, amelyet a hazai beteg ellátásáért közfinanszírozott szolgáltatók esetében a NEAK térít.



Adatszolgáltatás az egészségügyi szolgáltató részéről:

A szolgáltató „T” = „unios beteg részére magyar egészségügyi szolgáltató által határon átnyúló egészségügyi szolgáltatás keretében végzett ellátás (bejövő beteg)” térítési kategóriában jelenti a NEAK felé teljesítmény elszámoláskor a beteget.

Díjtételek kiszámítása, dokumentáció útja

1. Fekvőbeteg ellátás esetén: „Fekvőbeteg ellátások finanszírozási előkalkulációja”. Az InfoRend klinikai rendszerből Ellátás/Nyomatás/Fekvőbeteg ellátás finanszírozási előkalkulációja. Tartalma: beteg személyes adatai, ellátóhely adatai, Törzsszám, felvétel-távozási dátum, HBCS besorolás, és annak súlyszámértéke. Az elszámolási Nyilatkozatot a kezelőorvos aláírásával és orvos-pecsétjével hitelesíti. A finanszírozási előkalkuláción szereplő adatok az „ADATLAP a kórházi (osztályos) ápolási esetről” c. dokumentum adataiból készül el, a diagnózisokra, és beavatkozásokra vonatkozó rész kitöltése a kezelőorvos feladata, ebben segítséget nyújt az osztályos kódellenőrző orvos. A beteg térítési kategóriájaként a „T” térítési kategóriát kell kiválasztani.
2. Járóbeteg ellátás esetén: Az InfoRend klinikai rendszerből nyomtatott „Elszámolási Nyilatkozat”. A járóbeteg kezelés lezárásakor a 4-es térítési kategóriát kell kijelölni, így az ellátási Lap mellé kinyomtatásra kerül a fenti dokumentum, amely tartalmazza a beteg személyes adatait, ellátóhely adatait, beutaló adatokat, napló sorszámot, térítési kategóriát, elvégzett beavatkozások 5 jegyű kódját, megnevezését, darabszámot, és azok pontértékeit. Az elszámolási nyilatkozat az ellátó orvos aláírásával és orvos-pecsétjével hitelesíti. A beteg térítési kategóriájaként a „T” térítési kategóriát kell kiválasztani.
3. Az ellátóhely, a beteg távozása előtt az Elszámolási Nyilatkozattal elküldi a beteget a pénztárba. A finanszírozási és számviteli osztály – a részére megküldött dokumentáció alapján, a mindenkor érvényes számviteli előírások, és az intézeti szabályzati előírások betartásával – köteles a számlát elkészíteni, és a követelést behajtani. Számlakészítés folyamatát jelen szabályzat 9. pontja tartalmazza.
4. Díjszabás: a mindenkor érvényben lévő finanszírozási szabályok alapján. A térítési díj nem térhet el attól a díjtól, amelyet a hazai betegellátásért a NEAK térít meg a közfinanszírozott szolgáltató részére.

6.4. NEAK által nem finanszírozott ellátás esetén

a. Jogszabály által nem szabályozott térítési díjak:

A térítési díj nagysága az intézmény vezetése által évente kerül megállapításra. A térítési díjak gazdasági számítások alapján félévente ellenőrzésre és felülvizsgálatra kerülnek.

A NEAK által nem finanszírozott szolgáltatások díjainak jegyzékét a beteg számára hozzáférhető helyen kell elhelyezni. A térítésköteles ellátásban részesülő betegeket a várható térítési díjról előre tájékoztatni kell.

b. A jogszabály által szabályozott térítési díjak:

A díjak megállapítása a mindenkor érvényes jogszabályban meghatározottak szerint történik (284/1997. (XII.23.) kormányrendelet). A kórházban térítési

díj ellenében igénybevehető egyes egészségügyi szolgáltatások díjait, az 1. számú melléklet tartalmazza.

6.5. Egyéb díjköteles egészségügyi szolgáltatás esetén

A térítési díj nagysága az intézmény vezetése által félvétenként, gazdasági számítások alapján felülvizsgált és közzétett szolgáltatási díjjegyzékben (1. számú melléklet) kerül megállapításra.

Díjköteles szolgáltatásaink:

- Fogászati ellátások
- Gyermekosztály alagsori anyaszálló
- Gyermekosztály koraszülött részlegén lévő anyaszálló
- Gyermekosztály baba-mama (anyás) szállás
- Menedzserszűrés
- Bőrgondozói szűrés
- Tüdőszűrés
- Szülészeti UH (4D)
- Légzésfunkció figyelése
- Szerződéses alapon nyújtott üzem-egészségügyi szolgáltatás
- Halott kezelési szolgáltatás (mosdatás (borotválás), öltöztetés és az elhalálozást követő 24 órán belül tárolás, hűtés)
- Tetemtárolás (az elhalálozást követő 24 órán túli tárolás, hűtés)

A fenti, gyermekosztályon biztosított szolgáltatások részletes leírását, díjait és a befizetések módját a Térítésköteles szülői benntartózkodási lehetőségek a gyermekosztályon c. kiadvány tartalmazza.

Tetemtárolás (hűtés) során az eljárás a következő:

- Ha hozzátartozó nincs vagy nem jelentkezik az értesítésre, akkor a Szekszárdi Polgármesteri Hivatal Szociális Osztályát értesítjük.
- A tetem öltöztetéséért, rendbetételéért és a halotti bizonyítvány kiadását követő 1 napi (24^h) tárolásért egy összegben az 1. sz. mellékletben meghatározott összeget számítunk fel a hozzátartozónak (vagy az önkormányzatnak), amit a finanszírozási és számviteli osztályon kell befizetni (halott kezelési díj).
- Amennyiben hosszabb tárolásra kerül sor, naponta az 1. sz. mellékletben meghatározott összeget kell befizetnie a tetemet elszállító vállalatnak. A tetemtárolási díjat a temetkezési vállalat fizeti a kórháznak, az előző havi számlákat a pénzügyi finanszírozás osztály tárgy hó 5. napjáig postázza. (lásd még az IG0606 3. sz. mellékletét)

Egészségügyi dokumentációból másolat kiadása

GDPR Rendelet 15. cikk (3) bekezdés értelmében: az adatkezelő az adatkezelés tárgyát képező személyes adatok másolatát az érintett rendelkezésére bocsátja. Az érintett által kért további másolatokért az adatkezelő az adminisztratív költségeken alapuló, észszerű mértékű díjat számíthat fel.

A beérkező, egészségügyi adatokra vonatkozó kérelmet az elektronikus ügyiratkezelő rendszerben rendelkezésre álló adatok alapján felülvizsgáljuk, ennek eredményeképpen, ha első ízben történő dokumentáció kiadásáról szól, térítésmentesen adjuk ki. Amennyiben az ügyiratkezelő rendszerünk szerint az érintett személy ugyanazon dokumentáció másolatát kéri, de már nem első alkalommal, akkor a díjjegyzékben (1. számú mellékletben) meghatározott díjat köteles fizetni.

Az eljárásrend további részleteit az IG0605 jelű *Egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelése és védelme* című szabályzat tartalmazza.

7 Magyar biztosítással nem rendelkező illetve hiányos beutalóval érkező labor vizsgálati kérelem

Amennyiben intézményünk Labordiagnosztikai ellátó helyére olyan vérminta érkezik, amely vizsgálatkérés magyar biztosítással nem rendelkező állampolgár számára kérnek (NINCS érvényes TAJ szám a Beutalón rögzítve) a laborvizsgálat elvégzéséhez a beteg személyes megjelenése szükséges. A magyar biztosítással nem rendelkező állampolgár fizetőköteles vizsgálatának díjfizetését csak a beteg személyes megjelenése, és a szolgáltatás elvégzését követően a díjrendezés ellenében tudjuk vállalni. Ellenkező esetben a laborvizsgálatot nem tudjuk elvégezni.

8 Magánfinanszírozású ellátások nyújtása

Közfinanszírozott egészségügyi ellátásban részesülő biztosított személytől a kórház, mint közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató, nem kérhet térítési díjat.

A kórház magánfinanszírozású ellátásnyújtási lehetősége akkor áll fenn, ha a páciens nem biztosított vagy ha a biztosítással rendelkező személy:

- nem jogosult a NEAK finanszírozott ellátás igénybevételére
- jogosult, de betegellátást is végző külső szervezet, külső jogi személy közbeiktatásával veszi igénybe a NEAK finanszírozott ellátást
- a NEAK finanszírozási listán nem szereplő ellátásban részesül

NEAK finanszírozott és a magánfinanszírozott egészségügyi ellátások térben és időben egymástól elválasztva, egymástól elkülönülten nyújthatók.

CT és MR diagnosztikai szolgáltatás

(betegellátási tevékenységet is végző külső szervezet, jogi személy páciensei részére)

A betegellátási tevékenységet is végző külső szervezet, jogi személy, mint megrendelő szerződést köt a kórházzal a diagnosztikai szolgáltatás igénybevétele érdekében. A CT és MR diagnosztikai szolgáltatás alanyai a megrendelő által küldött páciensek.

A diagnosztikai vizsgálatok minden hónap második szombatján reggel 8 órától kezdődnek, és négy órában 8 CT és 6 MR vizsgálatra terjednek ki. A vizsgálatokat 1 orvos és 2 fő asszisztens végzi, valamint 1 fő recepciós-adminisztrátor segíti a munkájukat. A rendkívüli műszakban dolgozók külön szerződés alapján látják el munkájukat, mivel alapjogviszony keretében nem vehetnek részt magánfinanszírozott ellátásban.

A páciensek besorolása előjegyzési lista alapján történik, melyet a megrendelő a röntgen diagnosztikai osztály vezetőasszisztensével és/vagy osztályvezetőjével egyeztet. A kommunikáció mailen és telefonon történik. A rendelési idő alatt az előjegyzési időpont legfeljebb 10 perces csúszása megengedett, de rendkívüli esemény miatt a várakozási idő jelentősen megnőhet. Erről szóban tájékoztatni kell a páciens.

Rendkívüli esemény miatt előfordulhat, hogy az előjegyzett vizsgálat elmarad, illetve későbbi időpontra kerül áthelyezésre. Természetesen ebben az esetben sem maradhat el a megrendelő és a páciens tájékoztatása.

Bármilyen okból történő vizsgálat elmaradás esetén a röntgen osztály vezetője és/vagy vezetőasszisztense írásban tájékoztatja az orvos igazgatót és az ápolási igazgatót.

A megrendelő feladata, hogy megfelelő adattartalmú beutalóval lássa el a vizsgálatra küldött páciensét. A beutaló formanyomtatványát a kórház a megrendelő rendelkezésére bocsátja.

Vizsgálatra való érkezésekor a páciens az adminisztrátor fogadja, üdvözlö, és azonosítás céljából elkéri a páciens tagsági kártyáját, személyi igazolványát, a beutalót és a kór-előzményeket vagy előző vizsgálati eredményeket tartalmazó dokumentumokat (ha van ilyen). A páciens társadalombiztosítási jogviszonyát nem kell ellenőrizni.

A vizsgálatok elvégzéséhez szükséges további nyomtatványok:

- a beavatkozás hozzájárulási nyilatkozata, tájékoztatója,
- adatvédelmi nyilatkozat arról, hogy a páciens egészségügyi és személyes adatait a kórház a megrendelőnek elküldheti.

A vizsgálatot végző orvos tájékoztatja a páciensét az elvégzendő beavatkozásról, azok kockázatairól, valamint az adatkezeléssel kapcsolatos tudnivalókról, és mindezek igazolásaként közösen aláírják a fent említett hozzájárulási nyilatkozatokat.

A diagnosztikai ellátásokat 4-es kóddal kell dokumentálni.

A leletezési idő 5 munkanap.

A röntgen osztály vezetője és vezetőasszisztense havonta kimutatás készít a rendelési napokról, melynek felhasználásával a pénzügyi csoport számlát készít. A számlázás során a rendelkezésre állási díjon felül a NEAK pontérték négyszerese kerül megállapításra. A rendelkezésre állási díj akkor is fizetendő, ha a páciens nem jelenik meg a vizsgálaton.

A megrendelő 30 napon belül egyenlíti ki a számlát.

9 Díjbekérő és számla készítés folyamata

Azokban az esetekben, amikor a betegnek fizetnie kell az általa igénybevett egészségügyi szolgáltatásokért, a térítési díj megfizetése az alábbi módokon történhet (lásd még az IG0606 3. sz. mellékletét):

1. A térítési díj kórházi bankszámlára való átutalása utólag, a kórház által kiállított számla alapján.
2. A térítési díj pénztárba való befizetése a szolgáltatás igénybevétele után, kórházból való eltávozást megelőzően a kórház által kiállított számla alapján.
3. A térítési díj szolgáltatás igénybevétele előtti megfizetése, plasztikai (szépészeti) beavatkozások esetén, valamint tervezett (elektív) egészségügyi ellátások esetében díjbekérő vagy számla alapján. (Hatályos jogszabály: 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet, 1§ (3) bekezdés: *Az egészségügyi szolgáltató a szolgáltatás fedezetének biztosítása érdekében a szolgáltatás megkezdése előtt előleget kérhet, valamint a szolgáltatás teljesítése közben részszámlát adhat.*)

■ **Fekvőbeteg-ellátás esetén**

Amennyiben biztosítással nem rendelkező beteg felvételére kerül sor, jelen szabályzat 3. számú mellékletében szereplő TÁJÉKOZTATÓ A TÉRÍTÉSKÖTELES SZOLGÁLTATÁST IGÉNYBE VEVŐ BETEGEINK RÉSZÉRE című dokumentumot az osztályos adminisztrátor vagy a felvevő orvos két példányban aláírhatja a beteggel. Amikor tisztázódott, hogy a beteg díjköteles ellátásban részesülhet, akkor annak várható költségét a tervezett diagnosztika és terápia alapján közölni kell vele. A kalkulált költségek meghatározásában segítséget nyújt a dokumentációs osztály és a finanszírozási és számviteli osztály is.

1. Az ellátó orvos a beteg osztályról való távozását megelőzően a jelen szabályzat 4. sz. mellékletében KÖTELEZVÉNY A TÉRÍTÉSKÖTELES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁST IGÉNYBE VETŐ BETEGEINK RÉSZÉRE CÍMŰ dokumentumot két példányban aláírhatja a beteggel. Az aláírt kötelezvény egy példányát a beteg kórdokumentációjában kell elhelyezni, második példány a betegé.
2. A beteg távozásakor a Zárójelentés 1 példányával együtt az Elszámolási Nyilatkozatot az ellátó orvos kinyomtatja 3 példányban. Egyik példánya a betegé, másik példány a beteg által aláírt Kötelezvényvel együtt a kórlapdokumentációba kerül, 3. példányát az ellátó osztály elküldi a finanszírozási és számviteli osztályra.
3. Az ellátó orvos (kódolást ellenőrző orvos segítségével) feladata, hogy a beteg kórdokumentációját, a kitöltött finanszírozási Adatlappal a távozást követő két munkanapon belül eljuttassa a dokumentációs osztályra. Az Adatlap kitöltésében segítséget nyújt az osztályos kódellenőrző orvos. Külön fel kell tüntetni az ellátáskor igénybevett kórterem ágyszámát. Az Adatlapot a kezelőorvosnak és a kódellenőrző orvosnak személyi specifikus bélyegzőjével, illetve aláírásával hitelesítenie kell.
4. Az Elszámolási Nyilatkozat nem a végleges, a beteg által fizetendő összeget tartalmazza, erről az Elszámolási Nyilatkozaton is tájékoztatjuk a beteget. Intézményünk pénztárának nyitvatartási rendje: Hétfőtől –Csütörtökig 08h-15h közötti időben, Pénteken 08h-12.30h közötti időben.
A nyitvatartási rend miatt a végleges számla kiállítására, és a beteg által történő befizetésre is csak ezen időben van lehetőség. Hétvégén, és ünnepnapokon a Pénzügyi osztály nyitvatartási rendje miatt nem áll módunkban a végleges számlát elkészíteni, ezért a betegnek kötelessége munkanapokon felvenni a kapcsolatot a Pénzügyi osztállyal a végleges számla kiállításával kapcsolatban. A számlafizetés módjáról, a pénzügyi osztály nyitvatartási rendjére a Tájékoztatón, és a Kötelezvényen is felhívjuk betegeink figyelmét.
5. A pénzügyi és számviteli osztály a kézhez kapott adatok alapján, a beteg személyes megjelenésekor azonnal elkészíti a végleges számlát, a beteg kérésére postai úton is továbbítja öt munkanapon belül a beteg által megadott postai címre. Külföldi betegek esetében a megtérítendő díjat a beteg állampolgársága szerinti pénznemben számolja ki, és küldi meg a beteg részére

■ **Járóbeteg-ellátás esetén**

1. Az ellátást követően - a beteg távozása előtt- az InfoRend program által készített Elszámolási Nyilatkozatot kell kinyomtatni 2 példányban. 1 példány a betegé, második példányt a finanszírozási és számviteli osztálynak kell eljuttatni.

2. Ha a beteget több szakellátás vagy diagnosztikus munkahely látta el, úgy minden egyes munkahelynek kell ellátási lapot készítenie, és azt a dokumentációs osztályra legkésőbb az ellátást követő első munkanapon eljuttatnia. Az ellátási lapoknak tartalmazniuk kell az ellátó orvos személyi specifikus bélyegzőjét, illetve aláírását.
3. A járóbeteg ellátó munkahelyen (szakrendelés vagy ambulancia) a beteg elbocsátása előtt a jelen szabályzat 4. sz.. mellékletében szereplő KÖTELEZVÉNY A TÉRÍTÉSKÖTELES EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁST IGÉNYBE VETŐ BETEGEINK RÉSZÉRE című dokumentumot két példányban aláíratják a beteggel. Az aláírt kötelezvény egy példányát csatolni kell a dokumentációs osztályra küldött ellátási lap másolathoz, második példány a betegé.
4. Az Elszámolási Nyilatkozat nem a végleges, a beteg által fizetett összeget tartalmazza, erről az Elszámolási Nyilatkozaton is tájékoztatjuk a beteget. Intézményünk pénztárának nyitvatartási rendje: Hétfőtől –Csütörtökig 08h-15h közötti időben, Pénteken 08h-12.30h közötti időben.
A nyitvatartási rend miatt a végleges számla kiállítására, és a beteg által történő befizetésre is csak ezen időben van lehetőség. Hétvégén, és ünnepnapokon a Pénzügyi osztály nyitvatartási rendje miatt nem áll módunkban a végleges számlát elkészíteni, ezért a betegnek kötelessége munkanapokon felvenni a kapcsolatot a Pénzügyi osztállyal a végleges számla kiállításával kapcsolatosan. A számlafizetés módjáról, a pénzügyi osztály nyitvatartási rendjére a Tájékoztatón, és a Kötelezvényen is felhívjuk betegeink figyelmét.
5. A finanszírozási és számviteli osztály a kézhez kapott adatok alapján, a beteg személyes megjelenésekor azonnal elkészíti a végleges számlát, a beteg kérésére postai úton is továbbítja öt munkanapon belül a beteg által megadott postai címre. Külföldi betegek esetében a megtérítendő díjat a beteg állampolgársága szerinti pénznemben számolja ki, és küldi meg a beteg részére.

9.1. Térítési díj kiegyenlítése készpénzfizetéssel

Abban az esetben, ha a beteg az egészségügyi ellátás térítési díját nem utólag, bankszámlára történő átutalással, hanem az ellátását követően **a kórházból való távozása előtt készpénzben kívánja befizetni**, az eljárási rend a következő:

- A készpénzes, pénztárba való befizetés lehetőségét az intézmény csak munkaidőben tudja biztosítani.
- A számla elkészítéséhez szükséges Elszámolási Nyilatkozatot a beteg mutatja be a finanszírozási és számviteli osztályon.
- A kórházban való tájékozódás és a gördülékeny ügyintézés érdekében a beteget az osztályos adminisztrátor vagy az osztályvezető főorvos, illetve a rendelőintézet vezető főorvosa által kijelölt személy szükség szerint elkíséri.
- Amennyiben a térítési díj befizetése a helyszínen készpénzfizetési számlára történik vagy postai úton a szolgáltató által kiállított csekken kerül kiegyenlítésre, a beteg kórházból való elbocsátására csak a befizetést igazoló dokumentum bemutatása után kerülhet sor.

9.2. Plasztikai (szépészeti) beavatkozások vagy bármely más elektív (előre tervezett) egészségügyi ellátás térítési díjának befizetése

Ezen ellátások igénybevétele esetén a **térítési díj befizetése** minden esetben a **szolgáltatás igénybevételének megkezdése előtt** kerül sor, az ellátás kizárólag a **díj befizetést igazoló dokumentum bemutatása után** kezdődhet meg

Térítési díj kiegyenlítése tervezett (elektív) ellátás esetén, előleg befizetésével

- Azon betegek akik nem rendelkeznek térítésmentes egészségügyi szolgáltatás igénybevételére jogosító okmánnyal, a tervezett járó és/vagy fekvőbeteg egészségügyi ellátást kizárólag térítéskötelezettség ellenében vehetik igénybe. A tényleges ellátásra az ellátás díjával 100 %-ban megegyező előleg befizetését követően kerülhet sor.
- A beteg által a tervezett ellátás napját megelőzően befizetett előleg összegét a pénztár által kiállított díjbekérő, a tervezett ellátás napján befizetendő előleg összegét a pénztár által kiállított számla tartalmazza.
- A díjbekérő és a számla alapjául a betegellátó hely (kezelőorvos, tervezett ellátást indikáló orvos) által kiállított egészségügyi dokumentum szolgál. A kezelőorvos (tervezett ellátást indikáló orvos) kötelessége a beteget tájékoztatni a díjfizetési kötelezettségéről.
- Előleg fizetés menete:
Amennyiben tervezett ellátásra kap a beteg időpontot, a tervezett ellátás/beavatkozás elvégzésének napján ismét ellenőrizni szükséges a beteg TAJ érvényességét.
Ellenőrizni kell, hogy megtörtént-e az előleg befizetés, ha nem, akkor nem végezhető el a tervezett ellátás, a beteg által aláírt Kötelezvény alapján sem. Tervezett ellátás kizárólag az előleg befizetését követően végezhető el.
Azon ellátóhelyen, ahol az előjegyzési időpontot meghatározzák a tervezett beavatkozásra, az orvos a járóbeteg ellátási lapra ráírja a tervezett ellátást indokló diagnózist, és/vagy a tervezett beavatkozás OENO kódját. Az ellátási lap hiteles példánya szolgál arra, hogy a pénztár kiállítsa a díjbekérőt vagy a számlát.
Amennyiben a beteg által befizetett előleg díja eltér a beteg tényleges ellátásáért fizetendő díjtól, a különbözetet a pénztárba az ellátás befejezésének napján a beteg köteles befizetni. Amennyiben az előleg befizetéséhez képest túlfizetés keletkezik, a beteg részére a különbözet visszatérítendő.
A befizetendő/visszatérítendő összeg számításának alapja, a tervezett ellátás befejezésekor, a távozás napján, a kezelőorvos által hitelesített Elszámolási Nyilatkozat, amelyet a beteg köteles a pénztárban bemutatni.
- Plasztikai (szépészeti) beavatkozások, illetve azon beavatkozások esetén, melyeknek díja a szabályzat 1. számú mellékletében szerepel, az ellátási díj befizetéséhez a beteg az őt ellátó munkahelyen csekket kap kézhez, melyet postán tud befizetni.

10 Az eljárási rend karbantartása

A szabályzatban foglalt térítési díjak minden év augusztus és február hónapjában kerülnek aktualizálásra, melyet a finanszírozási és számviteli osztály kezdeményez és a kontrolling és a szolgáltatásban érintett osztályok közreműködésével kerül végleges kialakításra.



11 Kapcsolódó dokumentumok

Jogsabályok

- 284/1997. (XII.23.) kormányrendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- 2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről
- 1997. évi LXXXIII. tv. a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól

Belső előírások

- IG0602 Külföldi betegek járó- és fekvőbeteg ellátásához szükséges dokumentálás rendje
- IG0606 Ellátás alatt bekövetkezett elhalálozás és rendkívüli elhalálozás esetén követendő eljárási rend
- Térítésköteles szülői benntartózkodási lehetőségek a gyerekosztályon
- IG0605 Egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelése és védelme

Mellékletek

1. számú: Térítésköteles egészségügyi szolgáltatások díjai
2. számú: Labordiagnosztikai vizsgálatok térítési díjai
3. számú: Tájékoztató és nyilatkozat a térítésköteles egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő betegeink részére
4. számú: Kötelezvény a térítésköteles egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő betegeink részére
5. számú: Érvénytelen TAJ esetén követendő eljárás

