2021./1.

Szob Város Szakorvosi Rendelőintézete

Hatályos: 2021.01.-től



A Térítési Díjszabályzat

1. Cél

A Térítési Díjszabályzat (a továbbiakban: Szabályzat) célja a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban: NEAK) által nem térített, vagy csak részben térített betegellátás és az ehhez kapcsolódó egyéb szolgáltatások igénybe vételének szabályozása, továbbá a fizetendő térítési díjak, és a díjfizetés rendjének meghatározása.

1.1 A Szabályzat tartalma

Térítési kategóriák definiálása, térítésmentes ellátások igénybevételére jogosultság igazolásához szükséges adatok, nyomtatványok, iratok, biztosítások meghatározása (a jogosultságot a betegnek kötelessége igazolni).

A betegek által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások köre, valamint a saját kérésükre biztosítható többletszolgáltatások köre.

A térítési díjak meghatározásának elve.

A nem biztosítottak és a biztosítottak által is csak térítéssel igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások, az ellátás, valamint az ellátáshoz kapcsolódó egyéb szolgáltatások teljes vagy részleges térítési díjának meghatározása.

Méltányossági kedvezmény érvényesíthetősége

A betegellátási díj, befizetés rendjének, nem fizetés megelőzésének és a behajtás rendjének szabályozása

A térítési díjakat a mellékletek tartalmazzák. A térítési díjakat évente legalább egyszer felül kell vizsgálni.

2. A Szabályzat hatálya

A szabályzat hatálya kiterjed Szob Város Szakorvosi Rendelőintézete valamennyi betegellátást végző járóbeteg ellátó, valamint diagnosztikai munkahelyre.

Hatálybalépés

A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23) Kormányrendelet 1. § (6) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján – az egészségügyi ágazat irányításáért felelős Minisztérium középirányító szerve, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ – mint az Intézmény fölötti tulajdonosi jogok gyakorlására kijelölt szerv – általi jóváhagyásának közzétételét követő napon lép hatályba és hatályon kívül helyezéséig, vagy új szabályzat elfogadásáig marad hatályban.

A jelen szabályzatot a jogszabályi rendelkezések figyelembe vételével kell alkalmazni.

3. **Hivatkozások:**

A térítési díjakra, illetve a Szabályzatra irányadó jogszabályok, illetve ezek aktualizált módosításai:

- az egészségügyről szóló 1997 évi CLIV. tv.
- a gyógyintézetek működési rendjéről szóló 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet 7 §-a
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv. (Ebtv) és a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet
- a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. tv. és a végrehajtásáról szóló 195/1997. (XI. 5.) Korm. rendelet
- 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
- a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól szóló 87/2004. (X. 4.) ESzCsM rendelet
- a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. tv. és a végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet
- a temetőkről és a temetkezésről szóló 1999. évi XLIII. tv. és a végrehajtásáról szóló 145/1999. (X. 1.) Korm. rendelet 48.§-a
- a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról szóló 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet
- az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet
- az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet
- a határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról szóló 59/2007 (XII.29.) EüM rendelet
- A szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet és a végrehajtásáról szóló 987/2009/EK rendelet
- Határon átnyúló ellátás a 2011/24/EU Irányelv alapján
- A magyar szovjet szociálpolitikai egyezmény végrehajtásáról szóló 7/1964. (VIII.30.) MüM rendelet
- A magyar jugoszláv szociálpolitikai egyezményről szóló 1959. évi 20. sz. tvr. 11. cikke
- A magyar bosnyák szociális biztonsági egyezményről szóló 2009. évi II. törvény 12. cikke
- A magyar montenegrói szociális biztonsági egyezményről szóló 2008. évi LXXXII. törvény 12. cikke

- A magyar szerb szociális biztonsági egyezményről szóló 2013. évi CCXXXIV. törvény 12. cikke
- 17/1984. (III. 27.) MT rendelet a magyar angolai egészségügyi együttműködési egyezményről
- 14/1975. (V. 14.) MT rendelet a magyar koreai egészségügyi együttműködési egyezményről
- 47/1978. (X. 4.) MT rendelet a magyar iraki egészségügyi együttműködési egyezményről
- 15/1981. (V. 23.) MT rendelet a magyar jordániai egészségügyi együttműködési egyezményről
- évi 16. törvényerejű rendelet a magyar kubai egészségügyi együttműködési egyezményről
- 29/1974. (VII.10.) MT rendelet a magyar mongol egészségügyi együttműködési egyezményről
- 33/1979. (X. 14.) MT rendelet a magyar kuvaiti egészségügyi együttműködési egyezményről

4. Külső egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos térítési elvek:

A NEAK-kal szerződéses viszonyban álló, külső egészségügyi intézményekkel kötött szerződéseknél, járóbetegeik részére intézményünk által nyújtott konzíliumi és diagnosztikai szolgáltatásokra vonatkozóan, a NEAK által meghatározott finanszírozási paramétereket kell alkalmazni.

A NEAK-kal szerződéses viszonyban nem álló, külső egészségügyi szolgáltatókkal kötött szerződéseknél – az ő beutalásuk, vizsgálatkérésük alapján végzett konzíliumi és diagnosztikai szolgáltatásokra vonatkozóan – a 4-es térítési kategóriára vonatkozó díjtételeket kell alkalmazni.

5. Beteg biztosítási jogosultságának igazolása

Biztosított: aki a Társadalombiztosítási Azonosító Jelét (a továbbiakban: TAJ szám) igazoló, érvényes hatósági igazolvánnyal, illetve EU-s Egészségbiztosítási kártyával, vagy az azt helyettesítő nyomtatvánnyal (továbbiakban: biztosítást igazoló okmánnyal) rendelkezik.

A biztosított térítésmentesen jogosult igénybe venni a NEAK által térített egészségügyi szolgáltatásokat.

Biztosítási jogosultság igazolása

A felvételkor **a beteg kötelessége az ellátásra való jogosultságát igazolni** a regisztrációt végző munkahelyeken.

Az a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személy, aki felvette a beteget, annak kötelessége kitölteni a hivatkozott formanyomtatványokat.

A **biztosítási jogviszony ellenőrzéséhez** a beteg a TAJ kártyáját illetve EU Egészségbiztosítási kártyáját, személyazonosság megállapításához a magyar hatóságok által kiállított személyazonosságot és lakcímet igazoló okmányait, illetve útlevelét is köteles az ellátó személyzetnek – a NEAK által előírt személyi adatok nyilvántartásához – átadni.

A nem magyar biztosítási igazolásokról a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személy másolatot készít és megőrzi azt. (Ha a térítési kategória nem „1")

Ha **a beteg a biztosítását nem tudja igazolni,** a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személy kitölti az INT 02-04, INT 02-05, INT 02-06, INT 02-12 vagy az INT 02-13, formanyomtatvány egyikét, melyen **a beteg elismeri térítési kötelezettségét**, ill. kötelezettséget vállal arra, hogy biztosítási igazolását bemutatja.

A beteget az ellátás megkezdése előtt a kezelő orvos tájékoztatja az ellátás várható költségéről, az INT 24-11, ill. INT 24-12 formanyomtatványon, melyet a beteg és a kezelő orvos egyaránt aláír.

Sürgős szükség, illetve veszélyeztető állapot fennállása, vagy gyanúja esetén az ellátást térítési kategóriától függetlenül nyújtani kell, a nyújtott egészségügyi szolgáltatásért utólagos díjfizetést kell előírni. Ez esetben a térítési kategória igazolására, és a nyilatkozatok aláírására a beteg állapotának javulásakor, vagy intézkedésre jogosult személy jelenlétekor van lehetőség.

Térítési kategóriák

6.1 1-es térítési kategória:

- **Magyar biztosítás alapján** végzett ellátás: a NEAK által kiállított Társadalombiztosítási Azonosító Jellel (továbbiakban TAJ) ellátott, érvényes hatósági igazolvánnyal rendelkező beteg ellátása (**NEAK által térített** szolgáltatások esetén).
- A magyar egészségbiztosítás ellátásaira való jogosultságot a biztosítottnak minősülő külföldieknek is igazolniuk kell a TAJ számmal, és az „Igazolás az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságról" elnevezésű nyomtatvánnyal, mely a foglalkoztató pecsétjével van ellátva.
- Amennyiben a jogviszonyt igazolni nem tudják, térítés ellenében vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat (4-es térítési kategória).
- A külföldi állampolgárságú tanulók biztosítási jogviszonyukat TAJ számmal és diák igazolvánnyal kötelesek igazolni, ennek hiányában a beteg térítésre kötelezett (4-es térítési kategória).

A magyar TAJ kártyával rendelkező beteg – amennyiben a TAJ kártyáját nem tudja bemutatni, nyilatkozhat (INT02-13 Nyilatkozat TAJ szám utólagos bemutatásáról), hogy ő biztosított, és az ellátást követő 15 napon belül bemutatja a TAJ kártyáját a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személynek. A Nyilatkozat aláírásakor a beteg tudomásul veszi, hogy **ha a bemutatást elmulasztja, az ellátás díját meg kell fizetnie.**

A TAJ kártya bemutatásig az 1-es térítési kategóriát meg kell előlegezni, a bemutatást követően a betegfelvételi jogosultsággal rendelkező személy feladata az adatok ellenőrzése és szükséges módosítása.

Ha az ellátást a NEAK nem finanszírozta meg érvényesnek hitt TAJ szám ellenére valamilyen okból, pl. passzivált TAJ – akkor az ellátást utólag a betegnek meg kell térítenie "T" térítési kategória szerint (NEAK áron).

Ha a beteg a TAJ kártyát 15 napon belül nem mutatta be, az adott személy adatait és az aláírt nyilatkozatot a beteget felvevő személy megküldi a Finanszírozási és Kontrolling Osztálynak. A NEAK a nyilatkozat és a személyi adatok alapján kérésre megadja a TAJ számot a rendszerében nyilvántartott biztosítottak esetén. A TAJ szám megadása után az adatokat a Recepció módosítja.

Ha a NEAK a kérésre nem tudott érvényes TAJ számot adni, a nyilatkozatot kiállíttató ellátó munkahely a szükséges adatlapokat a Pénzgazdálkodási Osztály részére intézkedés céljából megküldi.

Amennyiben nem sikerült utólag beszerezni a TAJ számot illetve a EU Biztosítási kártyát, vagy a NEAK a TAJ-t utólag passziválta, a beteg részére fizetési felszólítást küldünk a térítési díj megfizettetése céljából

Ha a térítési díj behajtása adminisztratív úton sikertelen, a dokumentáció alapján jogi úton kell kezdeményezni a térítési díj behajtását.

A **bevándoroltak**, letelepedési engedéllyel rendelkezők (letelepedettek), menekültként elismertek, hontalanok, valamint olyan külföldiek (állampolgárságtól függetlenül), akik a lakóhelyüket Magyarországra helyezték át, a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal által kiállított igazolvánnyal kötelesek a biztosított mivoltukat igazolni.

Ha már **rendelkeznek** a NEAK által kiadott **TAJ számmal**, akkor az egyéb magyar biztosított betegekkel azonos módon kell eljárni. (Tér.kat.=1, TAJ típus=1)

Ha még **nem rendelkeznek** a NEAK által kiadott **TAJ számot tartalmazó hatósági igazolvánnyal**, akkor a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal által kiállított igazolvánnyal vehetik igénybe az egészségügyi ellátást. Ez esetben a térítési kategória:

1. befogadott külföldi állampolgár
2. menekült, menedékes státuszt kérelmező

Mind a két esetben a „Személyazonosító jel" (TAJ) helyére a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal által kiállított igazolvány számát kell beírni, TAJ típus=5.

Igazolvány hiányában a beteg térítésre kötelezett, mivel a biztosítását nem tudja igazolni (4-es térítési kategória).

- **„E" térítési kategória:**

Elszámoláson alapuló **nemzetközi szerződés alapján** történő ellátás, ill. közösségi szabály alapján történő ellátás – **Európai Gazdasági Térség (EGT) tagállamaiban lakó**, és ott egészségbiztosítással rendelkező személyek (EGT állampolgárok, az EGT tagállamok állampolgáraival azonos jogállást élvező harmadik állam állampolgárai) magyarországi tartózkodásuk során, a megfelelő európai formanyomtatvány, vagy EU Egészségbiztosítási Kártya bemutatása esetén, a magyar biztosítottakkal azonos feltételek mellett vehetik igénybe

az egészségügyi szolgáltatásokat az **orvosilag szükséges mértékben**. A biztosítási okmány adataival az „E" adatlap kitöltése kötelező. Ha az Európai Gazdasági Térség tagállamaiból érkező betegek az EU Egészségbiztosítási Kártyát, vagy az ezt helyettesítő formanyomtatványt az ellátás megkezdése előtt nem tudják bemutatni, térítés ellenében vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat (4-es térítési kategória).

Ha az EU-s biztosítással rendelkező beteg az ellátást megfizette, de az ellátás megkezdése idején már érvényes biztosítást igazoló okmányt a távozást követő második hónap 3. napjáig bemutatja a kezelés helyén, a megfizetett ellátási díjat visszakapja. A Recepción javítják az adatokat és a térítési kategóriát, kitöltik az „E" adatlapot, valamint értesítik a Finanszírozási és kontrolling osztályt a bemutatott okmányról.

Az EU-s biztosítással rendelkező beteg személyi azonosságát útlevelével, esetleg személyi igazolványával igazolja, melynek számát a „Személyazonosító jel" (TAJ) helyére kell írni. (TAJ típus=3.)

6.2 Térítési kategóriák

- **3-as térítési kategória:**

Államközi szerződés alapján végzett ellátás: a különböző **államközi egyezmények alapján** az egyezményben részes államok állampolgáraik számára külföldi tartózkodásuk idejére (átmeneti jelleggel, azaz a letelepedés szándéka – és letelepedési engedély – nélkül) kölcsönösen különböző egészségügyi ellátási jogosultságokat biztosítanak. Az egyezményes országokból érkező, Magyarországon nem biztosított külföldi állampolgárok díjtalanul (különböző elszámolási módok alapján az egészségbiztosítás terhére) az itt tartózkodásuk alatt **feltétlenül szükséges mértékben, heveny megbetegedés, illetve sürgős szükség** esetén jogosultak egészségügyi ellátásra.

A jogosultságot az egyezményekben meghatározott államok állampolgárai útlevelükkel igazolják, melynek számát a „Személyazonosító jel" (TAJ) helyére fel kell írni. (TAJ típus=3.)

Az egyezményes országokból érkező betegek a sürgős szükség mértékén túli ellátása térítésköteles (4-es térítési kategória).

- **9-es térítési kategória:**

Külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása.

- **„T" térítési kategória:**

Európai Uniós országok állampolgárai, akik nem rendelkeznek EU Egészségbiztosítási Kártyával, a NEAK paraméterekkel megállapított térítési díjat fizetik. Saját országukban a biztosítójuk a számlánk alapján visszatéríti nekik az itt kifizetett ellátási díjat.

4-es térítési kategória (térítésköteles ellátás):

Egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező, vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek **térítésköteles** ellátása. (Minden más ellátás, ami az előző kategóriákba nem sorolható be.)

Külföldi egyéb biztosítás – E107-es nyomtatvány kitöltése, igazolványok lemásolása

7. **A beteg beutalás szakmai rendje**

Az alapellátás ill. a szakellátás orvosa szükség esetén a beteget járóbeteg szakellátásra

Orvosi beutaló nélkül is jogosult igénybe venni a biztosított

- **a következő szakorvosi rendelők és gondozók által nyújtott szakellátást:**
- **bőrgyógyászati**
- **nőgyógyászati**
- **urológiai**
- **pszichiátriai és addiktológiai**
- **szemészeti**
- **fül-orr-gégészeti**
- **sebészeti**

- Ha az ellátást sürgős szükség, illetve azonnali ellátás indokolja.
- A társadalombiztosítási ellátásra a külön jogszabályban meghatározott szociális juttatásra, vagy kedvezményre való jogosultság megállapítás céljából a biztosított orvosi beutaló nélkül is jogosult felkeresni a vonatkozó jogszabályok szerint a szakvélemény (igazolás) elkészítésére jogosult egészségügyi szolgálatot.
- A szakellátásra beutalt biztosított ismételt orvosi beutalás nélkül jogosult igénybe venni a járóbeteg-szakellátást, 90 napon belül, vagy ha szakorvosa más határidőre rendelte vissza.
- A kúraszerű ellátásra beutalt biztosítottaknak csak az első kúraszerű kezelésnél kell a beutaló.

Szakrendeléseinkre, ambulanciáinkra előzetesen időpontot kell kérni, még akkor is, ha az beutaló nélkül vehető igénybe.

Térítési díjak mértéke

„T" térítési kategóriába eső EU-s állampolgár a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) teljesítmény szerinti finanszírozása szerint fizeti meg az ellátás díját. **A biztosított betegek esetén készíthető „Elszámolási nyilatkozat"** a fizetendő térítési díjat meghatározza

4-es térítési kategóriába eső – biztosítási jogosultságot igazolni nem tudó, vagy a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő – betegek ellátásának térítési díja:

A térítési díj kiszámítása a nyújtott szolgáltatásokért a (NEAK) teljesítmény szerinti finanszírozási rendszerére épül. **A biztosított betegek esetén készíthető „Elszámolási nyilatkozat" nem adható ki a fizető beteg részére.** A fizetendő térítési díj megállapításához azonban támpontot nyújthat (elvégzett beavatkozások pontszámai).

A betegdokumentációt kizárólag magyar nyelven adjuk ki.

Az ambuláns szakorvosi és egyéb nem szakorvosi (gyógytornász, fizikoterápia stb.) ellátást ellátást **külön-külön** kell megtéríteni.

Több járóbeteg ellátás igénybevétele esetén minden ellátás térítési díját külön-külön kell felszámítani.

A kiszámított díjat 100 Ft-ra kell kerekíteni, a kerekítési szabályoknak megfelelően, 49 Ft-ig

Járóbeteg szakellátás és diagnosztikai szolgáltatás térítési díja (4-es térítési kategória esetén)

A járóbeteg szakellátáson és diagnosztikai munkahelyen egészségügyi szolgáltatást járóbetegként igénybe vevő betegnek tételes elszámolás alapján kell térítési díjat fizetni. A tevékenységlistát és a hozzátartozó pontértéket az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló, többször módosított 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet tartalmazza.

A számla készítésének alapbizonylata az „ADATLAP fizető járóbetegek ellátásáról térítési díj megállapításához" (INT 24-03 vagy INT 24-04) formanyomtatvány, a kezelőorvos által hitelesítve. Az adatlapon tételesen fel kell sorolni az elvégzett vizsgálatokat és beavatkozásokat kód, név és pontszám megjelölésével.

A fizetendő ellátási díj **4-es térítési kategóriában** a pontszám szorozva a pont intézményi Ft értékével. A munkahelyenkénti végösszeget kell kerekíteni. A szabályzat szerinti pont intézményi Ft értékét az 1. sz. melléklet tartalmazza.

A fizetendő ellátási díj **„T" térítési kategóriában** a pontszám szorozva a pont NEAK által meghatározott Ft értékével. A munkahelyenkénti végösszeget kell kerekíteni. A pont NEAK által meghatározott Ft értékét az 1.sz. melléklet tartalmazza.

Más fekvőbeteg gyógyintézet fekvőbetege részére végzett vizsgálatokat az OENO pontszámok szerint a NEAK által meghatározott díjjal kell számlázni, ha a másik intézménnyel külön megállapodás másképp nem rendelkezik.

12. **Térítési díj kedvezmény:**

A beteg írásban benyújtott kérelmére a megállapított fizetendő térítési díjat szakmai, szakmapolitikai, megyei és regionális egészségpolitikai okokból, intézeti érdekből, valamint méltányosságból **a főigazgató** mérsékelheti, részben vagy teljes egészében elengedheti.

Amennyiben az egészségügyi szolgáltatást igénybevevő részére felszámított térítési díj meghaladja az 50.000 Ft-ot, részletfizetést kérhet az összeg 50%-ának befizetése mellett (max. 6 hónap). A részletfizetést a főigazgató engedélyezi.

14. PÉNZÜGYI ELSZÁMOLÁS ÁLTALÁNOS RENDJE

- **Számlaadás:**

Az ellátás befejezésekor, távozáskor érvényes térítési díjról számlát kell kiállítani.

A nem biztosított beteg a számla ellenértékét az utolsó ellátási napon köteles a házipénztárba befizetni. Ha a számlát vállalkozás, vagy biztosító társaság fizeti, a beteg (vagy hozzátartozója) köteles a vállalkozástól, vagy biztosító társaságtól fizetési garanciát kérni, mely kötelezvénynek még a beteg távozása előtt meg kell érkezni. Az ezzel kapcsolatos költségek (telefon, fax, vagy postaköltség) a beteget terhelik. Ha a fizetési garancia a beteg távozásáig nem érkezik meg, az ellátás költségét a betegnek kell vállalnia. (Nem fizetés esetén az INT24-06 Kötelezvényt aláírni).

A befizetés főmunkaidőben (munkanapokon hétfőtől csütörtökig 7:30-14:00, pénteken 7:30-12:00), a pénztárban, ill. a Recepción történik.

- **Szolgáltatási díjak behajtása**

Amennyiben a szolgáltatást igénybevevő az intézmény által nyújtott szolgáltatás ellenértékét nem téríti meg, a felmerült költség érvényesítéséről az intézmény jogi úton gondoskodik.

1.sz.melléklet

- **Járóbeteg ellátás pontszámainak Ft értékei**

A pontszám intézményi Ft értéke: 8 Ft

NEAK által meghatározott alapdíj: a NEAK közleményben közzétéve.

Város Szakorvosi Rendelőintézete * Szob * 2