



Református
Pulmonológiai
Centrum

ISZ-21

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT

A térítés ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokról és azok térítési díjairól

Kiadás napja: 2024. május 31.

Hatálybalépés napja: 2024. május 31.

.....
Dr. Székelyné Dr. Gálffy Gabriella PhD
Református Pulmonológiai Centrum
főigazgató

Ellenőrizte:	Harsányi Imréné	gazdasági igazgató	
Ellenőrizte	Márton Eszter	pénzügyi-számviteli- munkaügyi osztályvezető	
Ellenőrizte	Dr. Kunos László PhD	orvosigazgató	
Ellenőrizte	Zsombikné Zsirkai Rita	minőségirányítási vezető	
Ellenőrizte	Dr. Nagyidai Rita	ügyvéd	

Módosítások		
Ssz.	Dátum	Leírás (jellege)
RPC-1	2023.05.31.	A Református Pulmonológiai Centrumra vonatkozó szabályozás fenntartóváltás, aktualitások bevezetése és a szervezeti átalakítás miatt módosult.

I. A szabályzat célja

Jelen Térítési Díj Szabályzat célja, az egészségbiztosító által finanszírozott egészségügyi ellátáson felül, térítési díj fizetése mellett igénybe vehető ellátások, valamint az egészségbiztosító által nem térített ellátások, illetve egyéb egészségügyi szolgáltatások térítési díjának szabályozása az a Református Pulmonológiai Centrumban (a továbbiakban: Intézmény).

II. A szabályzat alkalmazási területe

Jelen szabályzat *területi hatálya* kiterjed a Református Pulmonológiai Centrum Szervezeti és Működési Szabályzatában szereplő valamennyi betegellátást végző járó- és fekvőbeteg ellátó, valamint diagnosztikai munkahelyre, továbbá minden egyéb szervezeti egységre.

Jelen szabályzat *személyi hatálya* kiterjed

- a. valamennyi egészségügyi szolgálati jogviszonyban alkalmazott dolgozóra, illetve az Intézménnyel egyéb jogviszony alapján szerződésben lévő személyre, akik a szabályzatban írottak szerint kötelesek eljárni térítésköteles szolgáltatás végzése, illetve annak bizonylatolása, adminisztrálása során, valamint jelen szabályzat kiterjed az Intézmény valamennyi betegére
- b. biztosított magyar és külföldi személyekre, amennyiben a kötelező egészségbiztosítási ellátásai keretében igénybe nem vehető egészségügyi ellátást, szolgáltatást vesznek igénybe,
nem biztosított (vagy biztosítási jogviszonyát igazolni nem tudó) magyar vagy külföldi személyekre.

III. Hivatkozások

Jogsabályok:

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.)
- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.)
- a kötelező egészségbiztosításról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Korm.rendelet
- a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény
- a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény

- az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eüak.)
- az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet
- Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (GDPR)
- térítési díj ellenében igény bevehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjairól szóló 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet
- a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról szóló 46/1997. (XII.17.) NM rendelet
- a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról szóló 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet
- az egészségbiztosítási szervekről szóló 386/2016. (XII. 2.) 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 Magyarország és a Szerb Köztársaság között a szociális biztonságról szóló egyezmény kihirdetéséről szóló 2013. évi CCXXXIV. törvény
- a határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról szóló 59/2007. (XII.29.) EüM rendelet
- a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet
- a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és 987/2009/EK rendelet a 883/2004/EK rendelet végrehajtásáról szóló 883/2004/EK rendelet

Meghatározások, rövidítések:

RPC – Református Pulmonológiai Centrum

BM – Belügyminisztérium

NEAK – Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

HBCS – Homogén Betegségcsoport

TAJ – Társadalombiztosítási Azonosító Jel

OENO – Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása

EU Kártya – Európai Egészségbiztosítási Kártya

Ebtv. – Egészségbiztosítási Törvény

A szabályzat tartalma

A. JOGOSULTSÁG MEGÁLLAPÍTÁSA, A JOGVISZONY ELLENŐRZÉSE

A Református Pulmonológiai Centrum, mint az egészségbiztosítás keretében egészségügyi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató köteles a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK) nyilvántartásában - a beteg által bemutatott a TAJ-t igazoló hatósági igazolvány alapján - az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően, közvetlenül elektronikus úton (on-line) ellenőrizni, hogy a beteg NEAK nyilvántartásában az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e, rendezett- e a jogviszonya.

A rendezett jogviszony azt jelenti, hogy biztosított, vagy kizárólag egészségügyi ellátásra jogosító alapjogviszonnyal rendelkezik valaki.

Az ellátásra jogosító jogviszonyokról a NEAK közhiteles nyilvántartást vezet. A biztosítottak a foglalkoztatók bejelentése alapján, más jogosultak pedig egyéb, a bejelentésükre kötelezett szerv bejelentése alapján kerülnek be az egészségbiztosító jogviszony-nyilvántartási rendszerébe.

A jogviszony-ellenőrzés során a NEAK informatikai rendszere az alábbi (ötféle színű) jelzéseket adhatja az egészségügyi szolgáltatónak a beteg jogviszonyával összefüggésben, a TAJ ez alapján lehet érvényes vagy érvénytelen:

„ZÖLD lámpa” - TAJ érvényes, jogviszonya rendezett;

A NEAK finanszírozási szabályozásoknak megfelelő módon térítésmentes egészségügyi ellátásra jogosult.

- ez esetben térítési díjat nem kell fizetnie a betegnek,
- rögzítése a klinikai rendszerben „1”-es térítési kategóriával történik.

„PIROS lámpa” - TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen;

- ez esetben térítési díjat nem kell fizetnie a betegnek,
- rögzítése a klinikai rendszerben „1”-es térítési kategóriával történik.

A jogviszony rendezetlensége esetén az egészségügyi szolgáltató nem tagadhatja meg az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott ellátás nyújtását és nem térítheti meg a beteggel az ellátás költségét sem. Az egészségügyi szolgáltató a NEAK honlapjáról letöltött ÉRTESÍTÉS-t (MNY 188 számú nyomtatvány) átadásával tájékoztatást adni a betegnek a jogviszonya rendezetlenségéről. Az értesítésnem része a betegdokumentációnak.

„KÉK lámpa” - Külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen;

- a beteg az ellátásért térítési díjat köteles fizetni, amennyiben az ellátások igénybevételére Magyarországon a külföldi biztosító által kiállított EU kártyával, vagy azzal egyenértékű formanyomtatvánnyal nem rendelkezik.
- rögzítése a klinikai rendszerben „4”-es térítési kategóriával történik.

A TAJ átmenetileg érvénytelenítésre került, mert azt jelentették be az egészségbiztosítóhoz, hogy külföldön létesített biztosítási jogviszonyt. A „Kék lámpa” jelzés mellett az egészségbiztosítás keretében nyújtott ellátás TAJ kártyával nem vehető igénybe. **Az ellátások igénybevételére Magyarországon a külföldi biztosító által kiállított EU kártyával, vagy**

azzal egyenértékű formanyomtatvánnyal van lehetőség. Ha egyik dokumentummal sem rendelkezik a beteg, az intézet a költségekről, saját, előre meghatározott díjtételei alapján számlát állít ki. A TAJ akkor lesz újra érvényes, ha a külföldi biztosítási jogviszony megszűnt, és azt be is jelentették az egészségbiztosítóhoz.

„BARNA lámpa” - TAJ egyéb okból érvénytelen,

- o **az ellátásért a beteg köteles térítési díjat fizetni.**
- o rögzítése a klinikai rendszerben „4”-es térítési kategóriával történik.

Az egészségügyi szolgáltatások csak térítés mellett vehetők igénybe. A TAJ érvényességének rendezését a beteg a kormányhivatalnál kezdeményezheti.

A közhiteles nyilvántartás számára a NAV elektronikus adatszolgáltatás során olyan jelzést küld, miszerint a járulékfizetésre kötelezett tartozása meghaladja a hathavi összeget. Ezen jelzés alapján a NEAK érvényteleníti a TAJ számot az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele vonatkozásában, és így ezen időszak alatt nem jogosult térítésmentes ellátásra a személy. A NAV járuléktartozás miatt érvénytelenített TAJ szám csak a NAV újabb – járuléktartozás rendezését követő – jelzése alapján kerülhet újra érvényesítésre.

A jogszabály különbséget tesz az **egyéb okból** érvénytelen barna lámpa (pl. külföldre telepedett) és a **NAV járuléktartozás** miatt barna lámpaszínek között.

NAV járuléktartozás miatt érvénytelen TAJ számú beteg ellátásakor

- sürgősségi ellátás esetén: a miniszteri rendelet alapján azt az összeget fogják kiszámlázni, melyet a közfinanszírozott (Református Pulmonológia Centrum) érvényes TAJ szám esetén kapott volna a NEAK-tól, de ez az összeg ellátási esetenként nem lehet több mint 750.000 Ft, azaz hétszázötvenezer forint,
- tervezett ellátás esetében: a Református Pulmonológiai Centrum által e szabályzatban rögzített összegek kerülnek kiszámlázásra.

Az egyéb okból érvénytelen barna lámpa esetén mind a sürgősségi, mind pedig a tervezett ellátás igénybevételekor az Intézetben e szabályzatban rögzített összegek az irányadóak.

„SÁRGA lámpa” - TAJ érvényes, de korlátozott egészségügyi szolgáltatásokra jogosult;

A lámpa azt jelzi, hogy a beteg az egészségbiztosítóval kötött megállapodás alapján jogosult egészségügyi szolgáltatásra, ezért – a sürgősségi fogászati ellátás kivételével – nem jogosult fogászati ellátásra, külföldi gyógykezelésre, illetve a transzplantációs várólistára sem kerülhet fel. A megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatás - a sürgősségi ellátás kivételével - a megállapodás megkötését követő huszonnegyedik hónap első napjától jár, kivéve, ha a megállapodás megkötésével egyidejűleg az előírt járulék befizetése visszamenőleg huszonnégy hónapra megtörtént.

- o **térítési díjat sürgősségi ellátás esetén nem kell fizetni**
- o rögzítése a klinikai rendszerben „1”-es térítési kategóriával történik
- o **nem sürgősségi ellátás esetén az ellátás térítési díját a beteg köteles megfizetni**
- o rögzítése a klinikai rendszerben „4”-es térítési kategóriával történik

A sürgős szükség gyanújával ellátásra jelentkező beteget jogviszonytól függetlenül meg kell vizsgálni, és az egészségi állapota által indokolt ellátásban kell részesíteni. Az igénybevétel jogcímét az ellátást követően kell tisztázni.

A biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül igénybe vehető ellátások körének meghatározása során a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan

egészségügyi tevékenység, amely a jogszabály (52/2006. (XII.28.) EÜM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról) felsorolásában szereplő, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében – a beteg állapotának stabilizálásáig – végeznek.

52/2006. (XII. 28.) EÜM rendelet alapján a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatások, életet veszélyeztető állapotok és betegségek az alábbiak:

- Életet veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyével járó (külső vagy belső) vérzés.
- Átmeneti keringés- és/vagy légzésleállással járó állapotok (Pl. embólia, Adams-Stokes-Morgagni szindróma., syncope, fulladások, életet veszélyeztető ritmuszavarok, klinikai halál állapota).
- Életveszélyes endokrin- és anyagcsere állapotok, a folyadék- és ion-háztartás életveszélyes zavarai.
- Központi idegrendszeri kompresszió veszélyével járó kórképek (Pl. agyödéma, fejfájás, szédülés, tumor, gyulladás, fejlődési rendellenesség, trauma).
- Eszméletlen állapotok.
- Status epileptikus és tüneti görcsrohamok.
- Hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, szemsérülés.
- Szepszis.
- Magas halálozású, vagy súlyos szövődmények kialakulásának veszélyével járó hirtelen fellépő, vagy progrediáló, nem-sebészeti betegségek és érkatasztrófák ellátása.
- Szülés, koraszülés, lepényleválás, súlyos terhességi toxémia, eclampsia újszülött ellátása, akut nőgyógyászati vérzés.
- Sokk megelőző és sokkos állapotok, életveszélyes allergiás és anaphylaxiás állapotok, szisztémás és poliszisztémás autoimmun betegségek krízis-állapotai.
- Az immunrendszer fokozott, vagy kóros működésén, illetve a csontvelői véresejtképzés elégtelenségén alapuló heveny véresejt-hiány állapot.
- Velezületett, vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély.
- Akut légzési elégtelenség, légút szűkület (Pl. gégeödéma, asthmás roham, idegentest, fulladás).
- Mérgeзések.
- Akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkel járó kórképek. (Pl. bélelzáródás, appendicitis, perforatio, méhen kívüli terhesség, petefészek ciszta megrepedése, tuboovarialis tályog, kocsánycsavarodott cysta, kizárt sérv, epegörcs, vesegörcs, vérvizelés).
- Égés-fagyás (III.-IV. fokú és nagykiterjedésű I-II. fokú, és/vagy az életminőség szempontjából különösen veszélyeztetett testtáját vagy a légutakat érintő).
- Elsődleges sebellátás.
- Testüregek (koponya, mellkas, has) és parenchymás szervek (szív, tüdő, lép, máj, vese) sérülése.
- Compartement szindrómák.
- Nyílt törések és decollement sérülések.
- Amputációk (replantációs lehetőségekkel vagy azok nélkül).
- Súlyos medencegyűrű törések.
- Politraumatizáció, többszörös sérülések.
- Búvárbalesetek, magassági betegség, keszonbetegség, barotrauma..

- Áramütés, elektrotrauma.
- Hő- és hidegártalom, kihűlés, hypothermia, hyperthermia, napszúrás, hőség.
- Súlyos akut sugárártalom és sugárbetegség.
- Öngyilkossági kísérlet és szándék, mentális állapottal összefüggő közvetlen veszélyeztető állapot.
- Heveny pszichés zavarok, pszichózisok.
- Infektológiai kórképek, melyek önmagukban vagy szövődményeik révén az életet veszélyeztető állapotot idéznek elő.

Intézetünk fekvő és/vagy járóbeteg-ellátását igénybe vevő, barna vagy kék (ha nem rendelkezik jogosultsági igazolással) lámpaszínnel rendelkező beteg, illetve sárga jelzés esetén a nem sürgősségi ellátás esetében köteles az egészségügyi ellátás díját - a Református Pulmonológiai Centrum által kiállított számla ellenében - megfizetni az Intézet részére.

A díjfizetéshez a beteg, fekvőbeteg ellátás esetén MNY 344 (Nyilatkozat fekvőbeteg részére nyújtott egészségügyi ellátás térítési díjának megfizetéséről), míg járóbeteg esetén az MNY 444 (Nyilatkozat a szakrendeléseken a járóbeteg részére nyújtott egészségügyi ellátás térítési díjának megfizetéséről) c. kitöltött nyomtatvánnyal felkeresi a Pénztárat, annak nyitvatartási idejében és befizeti a kiszámított összeget. Fizetés lehetséges készpénzzel és bankkártyával is. A pénztár a befizetésről számlát állít ki, melyet a beteg az adott osztályon/részlegen bemutatva megkapja a megfizetett ellátást. (Részletesebben lásd „D” rész I./3. pontban.)

B. TÉRÍTÉSMENTESEN IGÉNYBE VEHETŐ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK ÉS JELENTÉSI KÖTELEZETTSÉGÜK

A térítésmentesen nyújtandó egészségügyi szolgáltatásokat a a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény), valamint annak végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet tartalmazza, ezért ezen egészségügyi szolgáltatások részletezése nem képezi jelen szabályzat tárgyát.

Térítésmentes ellátás körébe tartozik a 14. életévét be nem töltött és fogyatékos személyt kísérő személy elhelyezése nem VIP kórteremben.

A NEAK által történő finanszírozás feltétele: 1-es térítési kategória.

A határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról szóló 59/2007. (XII.29.) EüM rendelet alapján Ukrajnában lakóhellyel rendelkező, magukat magyar nemzetiségűnek valló személyek (határon túli magyarok) kérelmezhetik magyarországi egészségügyi ellátásukat. Kérelmüket az egészségügyért felelős miniszter által vezetett minisztérium irányítása alatt működő Értékelő Bizottság bírálja el. Az elbírálás függvényében a beteg részlegesen vagy teljesen mentesül a fizetési kötelezettség alól.

Európai Egészségbiztosítási Kártyával vagy kártyahelyettesítő nyomtatvánnyal rendelkező **EU tagállamokból** orvosilag *halaszthatatlanul szükséges* (sürgős), illetve az *orvosilag*

szükséges ellátásra jelentkező külföldi állampolgárok ellátása is térítésmentes, illetve ellátásukat a NEAK téríti meg intézetünknek. Orvosilag szükségesnek nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülhetnek. Amennyiben az igényelt ellátást nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, akkor figyelembe kell venni, hogy az ellátandó személy milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni. Ha az illető személy nem rendelkezik tartózkodási engedéllyel, csak azon szolgáltatások nyújtandók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. Egyéb esetekben a tartózkodási engedély lejártát kell figyelembe venni.

Az Európai Egészségbiztosítási Kártyával rendelkező külföldi állampolgár fekvő- és járóbeteg-ellátása **NEAK által történő finanszírozásának feltétele: „E” térítési kategória** és az **„EU Adatlap” kitöltése**. Európai Egészségbiztosítási Kártya vagy kártyahelyettesítő nyomtatvány másolatából 1 példányt a Házipénztárba kell küldeni.

A NEAK Nemzetközi es Európai Unió Főosztályának állásfoglalása értelmében: „az a kártya, amelyen nem olvasható szemmel a megfelelő adattartalom, nem számíthat érvényes EU kártyának, azaz az ellátásra való jogosultság nem igazolható vele. Amennyiben a paciens ilyen kártyát mutat be, javasoljuk beszereztetni az Európai Egészségbiztosítási Kártyát

Helyettesítő Nyomtatványt, vagy amennyiben ez nem lehetséges, az eset fizetés kötelezett kategóriában történő lejelentését, és a páciens számára történő kiszámlázását.”

Azok az EU állampolgárok, akik nem rendelkeznek a fenti igazolások, nyomtatványok valamelyikével, és az igazolás bemutatását az ellátás befejezését követő 15 napon belül nem pótolják, díjat kötelesek fizetni, melyet a szolgáltató saját hatáskörében állapít meg (lásd D fejezet).

Államközi egyezmény alapján egyezményes országból érkező külföldi állampolgárok **sürgősségi** ellátása térítésmentes. A sürgősségi ellátás magában foglalja a járó- és fekvőbetegként történő ellátást. Államközi egyezménnyel rendelkező országok állampolgárai **útlevelük felmutatásával** jogosultak térítésmentesen igénybe venni a sürgősségi ellátást.

Térítési kategória államközi, sürgős ellátás esetén: 3-as.

Államközi egyezménnyel rendelkező országok állampolgárainak nem sürgős ellátása térítésköteles, melyet a szolgáltató saját hatáskörében állapít meg (lásd D fejezet).

Szociális biztonsági, szociálpolitikai és egészségügyi együttműködési egyezmények.

Államközi egyezmények.

Az ellátást a szerződést kötött államok valamelyikében **állampolgársággal** rendelkező személy kapja. **Térítésmentesen sürgősségi** ellátásuk **útlevelük** bemutatása mellett történik. A többször módosított 43/1999. (III.3.) Korm. rendeletben foglaltak szerint a szolgáltató kötelessége – és finanszírozásának feltétele – az ellátás nyújtását követően az eset jelentése a NEAK felé **3-as térítési kategóriában** „államközi szerződés alapján végzett ellátás”.

Magyarországgal szociális biztonsági egyezményt kötött államok:

Montenegro (2008. évi LXXII törvény)

Bosznia-Hercegovina (2009. évi II. törvény)

Kanada (2003. évi LXIX. törvény)

Québec (2006. évi XVII. törvény)

Mongólia (2011. évi CXVIII. törvény)

Dél-Korea (2006. évi LXXIX. törvény)
Ausztrália (2011. évi CXVII. törvény)
India (2010. évi XXIX. törvény)
Japán (2013. évi CLII. törvény)
Moldova (2013. évi CCXXXIII. törvény)
Szerbia (2013. évi CCXXXIV. törvény)
Albánia (2015. évi XVIII. törvény)
Amerikai Egyesült Államok (2015. évi XXIX. törvény)
Macedón Köztársaság (2015. évi XXIII. törvény)
Törökország (2015. évi XXX. törvény)
Oroszország (2020. évi XIV. törvény)
Egészségügyi együttműködési egyezmények:
Angola (17/1984. (III. 27.) MT rendelet)
Észak- Korea (KNDK) (14/1975. (V.14.) MT rendelet)
Irak (47/1978. (X. 4.) MT rendelet)
Jordánia (15/1981. (V.23.) MT rendelet)
Kuvait (33/1979. X.14. MT rendelet)

Magyar-montenegrói szociális biztonsági egyezmény

A montenegrói biztosítottak az egészségügyi szolgáltatásokat

- **átmeneti magyarországi tartózkodás során**
- **sürgősségi esetben**
- a montenegrói egészségbiztosítási pénztár illetékes szerve által kiadott, **CG/HU 111**

vagy 106 ill. 121 jelű igazolással vehetik igénybe.

Magyarországra kiküldött montenegrói munkavállaló és családtagjai

Az igénybe vehető ellátások köre megegyezik az Európai Egészségbiztosítási Kártyával igénybe vehető szolgáltatásokkal. Az ellátás nyújtását követően az eset jelentése a NEAK felé **E térítési kategóriában és EU adatlap kitöltésével** történik.

Montenegró 3 jegyű kódja: MNE, kétjegyű kódja: CG (EU-s adatlaphoz).

A CG/HU 111 nyomtatvány megjelölése az E-adatlapon: CG111

A CG/HU 11A (családtag) nyomtatvány megjelölése az E-adatlapon: CG11A

Magyar-bosznia-hercegovinai szociális biztonsági egyezmény

A bosznia-hercegovinai biztosítottak a magyarországi egészségügyi szolgáltatásokat

- **átmeneti magyarországi tartózkodás során**
- **sürgősségi esetben**
- a bosznia- hercegovinai egészségbiztosítási pénztár illetékes szerve által kiadott, **BH/HU 111 vagy 121** jelű igazolással vehetik igénybe. Gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz a bosznia-hercegovinai biztosítottak részére a BH/HU 111 vagy 121 jelű nyomtatvány alapján nyújtott sürgősségi ellátáshoz kapcsolódóan továbbra is kizárólag fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás keretében nyújtható. Az eset jelentése a NEAK felé **E térítési kategóriában és EU adatlap kitöltésével** történik. A BH/HU 111 nyomtatvány megjelölése az E-adatlapon: BH111

Magyar-szerb szociális biztonsági egyezmény

az előzőekben leírtak szerint, **SRB/HUN 111 vagy 106 ill. 121** jelű igazolással vehetik igénybe. Jelentés a NEAK felé **E térítési kategóriában és EU adatlap kitöltésével** történik. AZ SRB/HUN 111 nyomtatvány megjelölése az E-adatlapon: SRB111

Mind a bosnyák, mind a montenegrói és szerbiai biztosítottak tervezetten is igénybe vehetnek ellátást Magyarországon, amennyiben rendelkeznek BH/HU 112, illetve CG/HU 112, valamint SRB/HUN 112 nyomtatvánnyal.

Európai Unió tagállamai

Ország	Állampolgárság	Országkód*
Ausztria	AUS	AT
Belgium	BEL	BE
Bulgária	BUL	BG
Ciprus	CYP	CY
Csehország	CHR	CZ
Dánia	DEN	DK
Észtország	EST	EE
Finnország	FIN	FI
Franciaország	FRA	FR
Görögország	GRE	GR
Horvátország	CRT	HR
Hollandia	NET	NL
Írország	IRE	IE
Lengyelország	POL	PL
Lettország	LTH	LV
Litvánia	LTH	LT
Luxemburg	LUX	LU
Magyarország	HUN	
Málta	MLT	MT
Németország	GFR	DE
Olaszország	ITA	IT
Portugália	POR	PT
Románia	ROM	RO
Spanyolország	SPA	ES
Svédország	SWE	SE
Szlovákia	SLV	SK
Szlovénia	SLO	SI

Nem EU tagállam, de ugyanolyan szabályozás vonatkozik rá:

Ország	Állampolgárság	Országkód*
Egyesült Királyság	GRB	UK
Izland	ICE	IS

Lichtenstein	LIE	LI
Norvégia	NOR	NO
Svájc	SWI	CH

*ezt a kódot kell az Eu-adatlapon szerepeltetni

C. JOGSZABÁLYBAN MEGHATÁROZOTT TÉRÍTÉSI DÍJAK

1. Részleges vagy kiegészítő térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások (fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás)

A részleges térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendeletben és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvényben meghatározottak az irányadók.

Részleges térítési díj fizetésére kötelezett ellátás (az Ebtv. 23. §-ban meghatározottak szerint) a Református Pulmonológiai Centrumban nincs.

Kiegészítő térítési díjat kell fizetni az alábbi esetekben (az Ebtv. 23/A. §-ban meghatározottak szerint):

- az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra, és
- amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is.

A 284/1997. (XII.23). Korm. rendelet 1. sz. melléklet 5. pontja szerint: az ápolási osztályon orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén, illetve krónikus fekvőbeteg-ellátásban ápolási díjjal finanszírozott biztosított után a kiegészítő térítési díj 800 Ft/nap. A beutaló nélkül érkező beteg ellátása (sürgős ellátás kivételével) nem zavarhatja meg az előjegyzés alapján ellátásra várakozó betegek időben történő ellátását.

2. Teljes térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások

A teljes térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendeletben meghatározottak az irányadók. A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások (alkalmassági vizsgálatok, államilag nem finanszírozott szűrővizsgálatok, látletet, stb.) teljes térítési díjkötelezettek (részletes felsorolás a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 2. sz. mellékletében). Látletet kiadása a rendőrség részére térítésmentes.

Térítési díjak:

- 1. 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 vizsgálatai keretében kerül sor. 1.700 Ft

- 2. Láttelel készítése és kiadása** 3.500 Ft

- 3. Bevándorlási, illetve huzamos tartózkodási kérelemhez előírt orvosi vizsgálat**
(32/2007. (VI.27.) EÜM rendelet alapján)

A Magyarországra bevándorlási vagy huzamos tartózkodási kérelmet beadó külföldi teljes térítési díj ellenében igényelheti pulmonológiai vizsgálatok elvégzését (NEAK által nem finanszírozott szűrés).

Pulmonológiai vizsgálat térítési díja: 4.400 Ft/szűrés

- 4. Más egészségügyi intézmény fekvőbetegének végzett vizsgálatok:**

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 30. §. (8) bekezdése kimondja, hogy más fekvőbeteg-ellátó intézmény fekvőbetegei részére intézményünk által nyújtott járóbeteg-szakellátás költségei az intézmények között számolandók el. Térítési díj a 9/1993.(IV.2.) NM rendelet alapján megállapított pontértékekhez igazodóan történik: a mindenkor NEAK által meghatározott pont Ft-érték (alapdíj) szorozva az OENO pontértékkel.

5. Külföldi/uniós beteg Magyarországon történő ellátása

2013. október 25-től hatályos 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet szerint, az egészségügyi szolgáltató ellátást biztosíthat Uniós biztosított beteg részére nem sürgős, tervezett ellátás esetén is közfinanszírozott kapacitáson, ha az ellátás tervezett időpontjának közlésével, igazoltan vállalja. Az egészségügyi szolgáltató csak akkor tagadhatja meg az uniós beteg ellátását, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az uniós beteg fogadása veszélyezteti. Az elutasítást ilyen esetben írásban meg kell indokolni.

Az uniós beteg a nem sürgős ellátása után járó díjat az egészségügyi szolgáltató részére a közfinanszírozásban alkalmazott díjak (mindenkori NEAK által meghatározott Ft érték) szerint köteles megtéríteni. A tételes elszámolás körébe tartozó, az NEAK által természetben biztosított egyszerűhasználatos eszközök, implantátumok és hatóanyagok nem használhatók fel az uniós beteg részére, azokat az egészségügyi szolgáltatónak kell biztosítani (MNY 447 Kötelezvény).

Az uniós beteg nem sürgős ellátásának díját csak abban az esetben nem köteles a kórháznak megfizetni, ha rendelkezik S2 jelű formanyomtatvánnyal!

A fekvő- és járóbetegszakellátásban kötelezően használandó ADATLAP térítési kategória köre bővült: külföldi (uniós) beteg magyarországi tervezett ellátása során „T = uniós beteg részére magyar egészségügyi szolgáltató által határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett ellátás” térítési kategóriát kell rögzíteni.

Az uniós beteg a határon átnyúló egészségügyi ellátásra való jogosultságát köteles hitelt érdemlően, okirattal igazolni, mely lehet az Európai Unió tagállambeli állampolgárságát igazoló okirat vagy az egészségügyi ellátásra való jogosultságát igazoló EU kártya. Beutaló köteles ellátások esetében szükséges a beutaló megléte is, mely lehet: külföldi orvos által kiállított beutaló vagy a magyarországi rendelkezések alapján beutalásra jogosult orvos által kiállított beutaló. A beutalón az egyebként is kötelező tartalmi elemeken kívül szerepelnie kell az igénybe venni kívánt beavatkozás OENO kódjának. A 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet szerinti, térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjainál az uniós betegekre ugyanazt a térítési díjat kell alkalmazni, amelyet a magyar betegekre alkalmaznak (pl. látogatás, jogosítvány, jogszabályban előírt munkaköri alkalmasság, tüdőszűrés, stb.).

D. INTÉZET SAJÁT HATÁSKÖRÉBEN MEGHATÁROZOTT TÉRÍTÉSI DÍJAK

I. Az Ebtv.-ben meghatározott ellátási rendtől, illetve jogosultságtól eltérően igénybe vett egészségügyi szolgáltatások

1. Kiegészítő térítés mellett igénybe vehető szolgáltatások:

- Kiegészítő térítési díjak kényelmi szolgáltatások igénybevétele esetén krónikus ellátásban:
 - ellátási szerződés alapján (*MNY 186 Megállapodás kényelmi szolgáltatásról és nyilatkozat*)

4 ágyas kórteremben fizetendő teljes összeg	5.500,- Ft/nap
3 ágyas kórteremben fizetendő teljes összeg	5.500,- Ft/nap
2 ágyas kórteremben fizetendő teljes összeg	6.500,- Ft/nap
1 ágyas kórteremben fizetendő teljes összeg	7.500,- Ft/nap

Kényelmi szolgáltatás ismertetése:

A Kórház a beteget az alábbiakban részletezett kényelmi szolgáltatásban részesíti:

- Hotelszolgáltatás, komfortosabb kórterem (1-4 ágyas kórterem)
- Kórtermenként saját zuhanyzós fürdőszoba, wc
- Kórtermenként hűtőszekrény, televízió, stb.
- Sóbarlang látogatás helyben, igény szerint

Méltányosság

A krónikus osztályon történő elhelyezés esetén fizetendő kiegészítő térítési díj összegét a főigazgató egyedi kérelem alapján méltányosságból csökkentheti, valamint elengedheti, illetve részletfizetést engedélyezhet, ha a fizetésre kötelezett jövedelmi, vagyoni viszonyai ezt indokoltá teszik, és az azt tanúsító dokumentumokat bemutatja.

- Kiegészítő alkalmassági szűrővizsgálatok értelmezése:

Minden olyan szűrővizsgálat, melyet nem tartalmaz a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 10. § (1) bekezdése, térítésköteles. Az alkalmassági vizsgálatok ezért térítéskötelesek.

- Jogosítványhoz kért kiegészítő szakorvosi vizsgálatok térítése a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet szerinti, térítési díj ellenében igénybe vehető, beutaló nem szükséges.

Hallgatói jogviszonyban állók részére kért szakorvosi szűrővizsgálatok, kivéve a tüdőszűrés, ha az a szakképzésről szóló 2019. évi LXXX. törvény 16. § szerinti szakképzési intézményekben és felsőoktatási intézményben oktatásban részesülők szakmai alkalmassági vizsgálatai keretében kerül sor.

2. Teljes térítés mellett igénybe vehető szolgáltatások:

Térítési díj összege érvényes biztosítással nem rendelkező, vagyis nem biztosított magyar és külföldi állampolgár ellátása esetén:

- **Aktív fekvőbetegellátás esetén**, az ellátási díj alapja az adott eset HBCS aktuálisan érvényes besorolása szerinti súlyszám és az aktuális forint szorzó értékének **kétszeres (2x) összege**.
- **Krónikus és rehabilitációs ellátás esetén**, a krónikus ágyra érvényes NEAK napidíj besorolása szerinti szakmai szorzóval növelt forint értékének **kétszerese (2x)** a térítési díj (aktuális napidíj (Ft-ban) x szakmai szorzó x 2)
- **Járóbeteg (ambuláns) ellátás esetén**, az igénybevett egészségügyi ellátásért fizetendő térítési díj összegét jelen szabályzat 1. sz. melléklete és 2. sz. melléklete szabályozza.

3. Teljes térítési díj fizetésére kötelezettek köre

a) biztosítással nem rendelkező külföldi és magyar állampolgárok:

- az állandó magyarországi tartózkodásra jogosító személyi igazolvánnyal, letelepedés céljából kapott tartózkodási engedéllyel nem rendelkező külföldi állampolgár,
- egyezményes (államközi szerződés) országból érkező külföldi állampolgárok nem sürgős ellátása,
- Európai Unió tagállamaiból érkező azon állampolgárok, akik nem rendelkeznek Európai Betegbiztosítási Kártyával vagy Kártyahelyettesítő nyomtatvánnyal,
- nem EU-s és államközi szerződéssel nem rendelkező ország állampolgára,
- magyar állampolgár, aki a törvényileg előírt biztosítási igazolások valamelyikével nem rendelkezik (**nincs TAJ szám, kék vagy barna vagy sárga TAJ vagy nincs érvényes EU kártya**)

Amennyiben a TAJ-kártyát a beteg a helyszínen bemutatni nem tudja, a vonatkozó szabályok szerint térítésmentesen kell ellátni, azonban a szolgáltatás igénybevételét követő 15 nap áll rendelkezésre a pótlására. A betegnek vagy törvényes képviselőjének a bemutatási kötelezettségét a MNY 178 „Nyilatkozat a TAJ-kártya utólagos bemutatására (felnőtt)” vagy MNY 179 „Nyilatkozat a TAJ-kártya utólagos bemutatására (gyerek)” című nyomtatvány aláírásával el kell ismernie. A 15 napot járóbeteg ellátásban az igénybevétel napjától, fekvőbetegellátásban a távozás napjától kell számítani. Amennyiben a TAJ-kártya bemutatása a vállalt határidőben nem történik meg, akkor a kórház megbízott munkatársa intézkedik a TAJ-kártya számának NEAK-tól történő rendelkezésre bocsátásáról. Ha ez az eljárás is sikertelen, a teljesített szolgáltatás térítési díja a beteg számára kiszámlázásra kerül. Amennyiben a tartozás nem kerül kiegyenlítésre, a behajtás szabályai szerint jár el az intézmény.

Amennyiben egy páciensnek nincs TAJ kártyája, csak sürgős szükség, vagy járványügyi érdek esetén jelenthető „S” *térítési kategóriában*, amennyiben az alábbiak teljesülnek:

- nyilatkozik a páciens arról, hogy nem tudja vállalni az ellátása költségeit (a nyilatkozaton szerepelnie kell az ellátásért fizetendő összegnek)
- az azonosító okmányairól másolatot kell készíteni egy példányt a kórlapban kell elhelyezni, egy példányt pedig NEAK felé kell benyújtani.

Amennyiben külföldi állampolgár:

- ha van érvényes ottani biztosítása, akkor a hazája szerinti biztosítóhoz kell a számlát benyújtani
- ha a hazájában sincs érvényes biztosítása, akkor erről nyilatkoztatni kell, majd a nyilatkozatot és az azonosító okmányainak másolatát be kell nyújtani a kormányhivatalhoz, kérve a külföldi biztosítási státusz tisztázását. A státusz tisztázását a kormányhivatal végzi el. A kormányhivatal igazolását követően (miszerint a betegnek nincs hazájában érvényes biztosítása, és sürgős szükség, vagy járványügyi érdek állt fenn fog a NEAK fizetni az ellátásért.

Amennyiben a követelés nem behajtható vagy behajtása eredménytelen, a kórház az ellátást a NEAK felé „S” *térítési kategóriában* jelenti. Ehhez szükség van az azonosító okmány(ok) másolatára és a beteg nyilatkozatára (összeggel) Erre legkésőbb az ellátást követő 2. hónap 5. munkanapjáig van lehetőség. (A fentiek szerint a NEAK felé igazolni kell a térítési díj megfizetésének és a behajtásnak az eredménytelenségét is.)

b) biztosítással rendelkező betegek esetében, NEAK által nem finanszírozott ellátásokra, a szabad kapacitások függvényében:

- orvostudományi kutatás keretében végzett ellátásokra,
- magánszemély, munkáltató és biztosítótársaság által kezdeményezett szűrővizsgálatokra,
- magánorvosok, biztosítótársaságok részére végzett vizsgálatokra,
- beutaló nélkül igénybevett diagnosztikai vizsgálatokra és beavatkozásokra,
- üzemorvosi beutalóval igénybevett vizsgálatokra, amennyiben nem a foglalkozásából eredő megbetegedéssel vagy üzemi balesettel kapcsolatos az igénybevétel,
- beutaló köteles szakrendelések beutaló nélküli igénybevételére,
- háziorvosi, vagy üzemorvosi (kiegészítő vizsgálatokra) beutalóval alkalmassági vizsgálat céljából kért szakorvosi vizsgálatokra, a beutaló nélkül igénybevehető szakellátások vonatkozásban is.

Amennyiben a beutalón nem az igénybe vett intézmény szakellátása szerepel megnevezésként, úgy kell tekinteni, hogy a biztosított nem rendelkezik beutalóval.

Az ismételt szakorvosi ellátás – amennyiben az a betegdokumentációban rögzített – nem minősül beutalóköteles ellátásnak.

Beutaló nélkül is igénybe vehető szakrendelések Intézetünkben:

- tüdőgondozó – dohányzásról való leszokást támogató ellátás és tüdőszűrés is
- fül-, orr-, gégészeti szakrendelés
- szemészeti szakrendelés
- pszichiátriai szakrendelés
- onkológia

4. Térítési díjak befizetésének általános eljárási rendje

Befizetés módja:

- Befizetés a Pénztár nyitvatartási idejében lehetséges, készpénzben vagy bankkártyával.
- Befizetés továbbá történhet átutalással, illetve csekken is. A befizetés tényét az ellátottnak az ellátást megelőzően igazolnia kell.
- Befizetés csak magyar forintban lehetséges, külföldi fizetőeszköz a díj fizetésénél nem fogadható el.

Számlaadáshoz szükséges adatok:

- szolgáltatást igénybe vevő neve, születési helye, ideje, anyja neve, lakcíme,
- ha a szolgáltatást igénybe vevő cselekvőképtelen, akkor a térítésre kötelezett ugyanezen adatai,
- ellátást végző osztály, szakrendelés, részleg, gondozó megnevezése,
- fekvőbetegellátás esetén a HBCS megnevezése, kódja, járóbetegellátásban az OENO kódok.

a) Járóbeteg (ambuláns) ellátás esetén

Az ellátó munkahely (szakrendelő, diagnosztikai részleg) tájékoztatja a beteget a fizetési kötelezettségről és a díj összegéről. Az ellátó munkahely munkatársa kitölti a MNY 444 „Nyilatkozat szakrendelésen a járóbeteg részére nyújtandó ellátás térítési díjának megfizetéséről” nyomtatványt, és a beteget a Pénztárba küldi. A beteg a kitöltött, aláírt és bélyegzővel ellátott nyomtatvánnyal felkeresi a Pénztárat, annak nyitvatartási idejében és befizeti a kiszámított összeget. Fizetés lehetséges készpénzzel és bankkártyával is. A pénztár a befizetésről számlát állít ki, melyet a beteg az adott szakrendelőben/részlegen bemutatva megkapja a megfizetett ellátást.

Tervezett járóbeteg ellátás csak a térítési díj befizetése után nyújtható!

A kezelőorvos a fizető beteg tervezett ellátását megelőzően köteles ellenőrizni, hogy a beteg a térítési díj fizetési kötelezettségének eleget tett-e (számla bemutatás). Fizetős beteg ellátását mindaddig nem lehet megkezdeni, – kivéve a sürgős szükség esetét – ameddig díjfizetési kötelezettségét nem teljesítette.

b) Fekvőbeteg ellátás esetén

A beteggel a felvételnél közölni kell, hogy amennyiben nem biztosított a beteg, akkor az egészségügyi szolgáltatásért térítési díjat kell fizetnie.

Tervezett fekvőbeteg ellátás esetén a kezelést megelőzően, még a felvétel előtt, a kezelőorvos tájékoztatja a várható/ előzetesen kalkulált térítési díjról, melynek számítási alapja az intézetnek, ugyanazon betegségért kapott NEAK finanszírozási díja. A betegellátó hely (osztály) munkatársa kitölti az MNY 344 Nyilatkozat fekvőbeteg részére nyújtott egészségügyi ellátás térítési díjának megfizetéséről című nyomtatványt és a beteget a Pénztárba küldi.

A térítésre kötelezett beteg az MNY 344 Nyilatkozat fekvőbeteg részére nyújtott egészségügyi ellátás térítési díjának megfizetéséről című nyomtatvány vonatkozó sorának aláírásával, elfogadja a térítési díj mértékét és díjelőleget fizet, melynek értéke a várható/előzetesen kalkulált térítési díj 50 %-a.

A beteg a kitöltött, aláírt és bélyegzővel ellátott nyomtatvánnyal felkeresi a Pénztárat, annak nyitvatartási idejében és befizeti az előlegként kiszámított összeget. Fizetés lehetséges készpénzzel és bankkártyával is. A Pénztár a befizetésről számlát állít ki, melyet a beteg az adott osztályon bemutatva megkapja a megfizetett ellátást.

Az ellátás csak az előleg befizetésének igazolása, vagyis a számla bemutatása után kezdődhet meg. A kezelőorvos a fizetős beteg tervezett ellátását megelőzően köteles ellenőrizni, hogy a beteg a térítési díj fizetési kötelezettségének eleget tett-e.

Ha az egészségügyi szolgáltatás várható térítési díja az előzetes kalkulációt meghaladja, akkor a kezelőorvos 24 órán belül köteles értesíteni a beteget.

Távozáskor a betegellátó munkahely kitölti az MNY 345 Nyilatkozat fekvőbeteg részére nyújtott egészségügyi ellátás tényleges térítési díjáról című nyomtatványt, mely alapján a beteg vagy hozzátartozója a Pénztárban befizeti az ellátás különbözetét vagy visszakapja azt. Az ellátás végén az előlegszámlát figyelembe véve kell a végszámlát elkészíteni. A befizetett vagy visszakapott összegről számlát kap, mellyel visszamegy az ellátóhelyre, ahol a záró dokumentumokat átveszi.

II. Egészségbiztosító által nem finanszírozott egyéb egészségügyi ellátások

- Sóbarlang terápia
Alkalmi (Ft/óra):
Felnőtt: 1 300 Ft/alkalom
Gyermekek (kísérő nélkül): 1 300 Ft/alkalom
Nyugdíjas: 1 300 Ft/alkalom
10 alkalmas bérlet (60 napig érvényes):
Felnőtt: 1 000 Ft/alkalom
Gyermekek (kísérő nélkül): 1 000 Ft/alkalom
Nyugdíjas: 1 000 Ft/alkalom
15 alkalmas bérlet (75 napig érvényes):
Felnőtt 900 Ft/alkalom

Gyermek (kísérő nélkül): 900 Ft/alkalom

Nyugdíjas: 900,- Ft/alkalom

20 alkalmas bérlet (90 napig érvényes):

Felnőtt: 800 Ft/alkalom

Gyermek (kísérő nélkül): 800 Ft/alkalom

Nyugdíjas: 800 Ft/alkalom

Gyermek + 1 fő kísérő 1500 Ft (minden további gyermek után 600 Ft)

Csoportos gyerek (maximum 17 fő+kísérő): 700 Ft/fő

A terápia alkalmanként 60 percet nem haladja meg.

III. Egyéb, az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások

1. Betegkísérők számára nyújtott szolgáltatás esetén:

- gyermekkel együtt felvett szülő elhelyezése
anya/apa-szobában 1 500 Ft/nap
- gyermekkel együtt felvett szülő elhelyezése
„baba-mama szobában” 3 500 Ft/nap

A gyermekkel együtt felvett szülő esetén szükséges kitölteni az MNY 445 Feljegyzés kísérő személy fizetési kötelezettségéről a Pénzügyi osztály részére nyomtatványt, amely alapján történik az elszámolás és a díjfizetés.

2. Halott-tárolás és hűtés

A halott hűtésével és a halottkezeléssel kapcsolatos költségek viselése a 351/2013. (X.14.) Korm. rendelet a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról alapján történik.

A kórházunkban elhunytak kórházi tárolása és hűtése a **halottvizsgálati bizonyítvány kiállítását követő első munkanapig térítésmentes**, addig a költségeket az intézet viseli.

A kórházon kívül elhunytak és a boncolásra beszállítottak kórházi tárolása és hűtése a halottvizsgálati bizonyítvány kiállítását követő első munkanapig szintén térítésmentes.

Ezt követően a halott hűtés díja

az 1. munkanaptól az 5. naptári napig **10.000 Ft (ÁFÁ-val)**
a 6. naptári naptól napi **5.000 Ft (ÁFÁ-val)/nap emelkedik,**
vagyis 6 napi hűtés ára 15.000 Ft (ÁFÁ-val), 7 napi hűtés ára 20.000 Ft (ÁFÁ-val), stb.

A halott elszállítására – amennyiben térítési díj fizetésére kötelezettség áll fenn – csak a befizetés után kerülhet sor. Hozzá tartozó tájékoztatása - MNY 190 Elhunytakkal kapcsolatos ügyintézés című nyomtatvány által.

3. Betegdokumentáció másolat kiadás

Az 1997.évi CLIV. törvény 24. § (3) bekezdése szerint a beteg jogosult

- a) a fekvőbeteg-gyógyintézetből történő elbocsátásakor a 137. § a) pontja szerinti zárójelentést kapni (Az egészségügyi szolgáltató több résztevékenységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően az ellátás adatait összefoglaló zárójelentést készít és a 14. § (1) bekezdésében foglalt eset kivételével - azt a betegnek átadja.).
- b) a 137. § b) pontjában foglaltak szerint a járóbeteg-szakellátási tevékenység befejezésekor ambuláns ellátási lapot (Az egészségügyi szolgáltató miniszteri rendeletben meghatározott járóbeteg-szakellátási tevékenység befejezésekor, a beteg ellátásával és gyógykezelésével kapcsolatos összefoglaló adatokat tartalmazó ambuláns ellátási lapot készít és - a 14. § (1) bekezdésében foglalt eset kivételével - azt a betegnek átadja.) kapni. Másik személy részére a betekintés, másolat kiadás az Eütv.24.§. (5) – (11) bekezdéseiben foglaltak szigorú betartása mellett történhet.

A törvény értelmében tehát a betegdokumentációba történő betekintés térítésmentes. Az Eüak. 7.§ (3) bekezdése, a GDPR 15. cikk (3) bekezdése és az Eütv. 24. § (2) bekezdésének rendelkezéseit alapján a beteg által az egészségügyi dokumentációról **az első alkalommal kért másolat térítésmentes, a másolatok kiadása térítésköteles**. A dokumentum másolást MNY 286 Betegdokumentáció másolat kiadása c. nyomtatványon kell igényelni.

- Betegdokumentáció másolat kiadási díjai:

Betegdokumentáció másolás szolgáltatásának alapdíja (dokumentum előkészítés, kórlatárból való felhozatal, kérvény benyújtás segítése, elfogadtatása, másolás elvégzése, dokumentáció kiadása) 1.000,- Ft (ÁFA-val)

Dokumentáció másolási díja 100,- Ft (ÁFA-val) / A4-es oldal,
200,- Ft (ÁFA-val) / A3-as oldal.

- Digitális képalkotóval készült felvételek (pl.: CT másolat kiadása, UH, röntgen) CD/DVD-re írása: 1.000,- Ft (ÁFA-val) / CD/DVD
- Az Intézet saját légzésrehabilitációs torna gyakorlatait tartalmazó DVD 1.500,- Ft/DVD

Intézetünkben történő betegáthelyezés esetében a CD/DVD írás díjtalan. A CD/DVD kiadását a leletben vagy a zárójelentésben rögzíteni kell.

Az Intézet adatvédelmi és adatkezelési szabályzata a betegtájékoztatással és az egészségügyi dokumentáció megismerésével kapcsolatban megfelel az Egészségügyről szóló törvény, az Egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény, valamint a GDPR Rendelet előírásainak.

4. Orvostudományi kutatással kapcsolatos díjak

Kórházunkban végzendő, beavatkozással járó orvostudományi kutatásra irányuló kérelmek befogadásához szükséges eljárások (igazgatási, jogi, gazdaságosági ellenőrzés, elemzés) egyszeri díja 450 000 Ft + ÁFA. Szerződés módosítás díja alkalmanként: 200 000 Ft + ÁFA.

A beavatkozással nem járó klinikai vizsgálatok egyszeri szerződéskötési eljárási díja 200 000 Ft + ÁFA.

A klinikai vizsgálat során, a szponzor cég által megfizetett, NEAK által nem térített vizsgálatok díjának megállapítása egyedi megbeszélést igényel, és a szerződés mellékletét képezi.

„D” ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

Jelen szabályozás hatályba lépésével egyidejűleg valamennyi, azonos tárgykörben kiadott szabályozás hatályát veszti. Jelen szabályzat annak visszavonásáig, módosításáig hatályos.

A térítési díjak számításához a teljesítmény megállapítása (OENO pont, HBCS súlyszám) a mindenkor hatályos jogszabályok, s a vonatkozó szabályok alapján történik.

A szabályzat szerinti térítési díjaktól speciális, egyedi esetekben a Főigazgató a beteg szociális helyzetére tekintettel - a beteg írásos kérelmének felülvizsgálata után- eltérhet, a térítési díjat mérsékelheti, elengedheti, amelyhez az MNY 446 ápolási térítési díj mérséklésére vagy elengedésére nyomtatványt szükséges kitölteni.

A kórházi dolgozóknak (jogviszonytól függetlenül) az alkalmassági vizsgálatok (pl.: jogosítványhoz, szakképzéshez) térítési díjának megfizetését elengedem.

Jelen szabályzat azon részei, amelyek a jogszabályilag meghatározott térítési díjakat tartalmazzák, illetve jogszabályban meghatározott szociális egyezményeket érintik a jogszabályváltozást követően módosításra kerülnek.

Jelen szabályzat azon részei, amely az intézet által saját hatáskörben meghatározott térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatásokat tartalmazzák, az irányító Magyarországi Református Egyház jóváhagyásával módosíthatóak.

I. Mellékletek és formanyomtatványok

1. sz. melléklet A Református Pulmonológiai Centrumban igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díjai

2. számú melléklet: Járóbeteg szakrendelésen végzett vizsgálatok számításának alapja

Nyomtatványok:

MNY 178 Nyilatkozat a TAJ kártya utólagos bemutatására (felnőtt)

MNY 179 Nyilatkozat a TAJ kártya utólagos bemutatására (gyerek)

MNY 186 Megállapodás kényelmi szolgáltatásról és nyilatkozat

MNY 190 Elhunytakkal kapcsolatos ügyintézés (Tájékoztató elhunytak hozzátartozói részére)

MNY 344 Nyilatkozat fekvőbeteg részére nyújtott egészségügyi ellátás térítési díjának megfizetéséről

MNY 345 Nyilatkozat fekvőbeteg részére nyújtott egészségügyi ellátás tényleges térítési díjáról

MNY 444 Nyilatkozat a szakrendeléseken a járóbeteg részére nyújtott egészségügyi ellátás térítési díjának megfizetéséről

MNY 446 Ápolási térítési díj mérséklésére vagy elengedésére

MNY 445 Feljegyzés kísérő személy fizetési kötelezettségéről a Pénzügyi osztály részére

MNY 286 Betegdokumentáció másolat kiadása

MNY 447 Kötelezvény (többnyelvű)

MNY 188 Értesítés NEAK jogviszony hiányáról