1000-001/2018

Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet 1097 Budapest, Nagyvárad tér 1.	SZ-49

TDSZ

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT

Készítette:	…… Jankái Ágnes kontrolling osztályvezető	Dátum: 2018.01.16.
	…… Tóth Tamás ápolási és finanszírozási igazgató	Dátum: 2018.01.16.
	…… Mádainé Horváth Erzsébet pénzügyi és számviteli osztályvezető	Dátum: 2018.01.16.
Szakmai és tartalmi szempontból ellenőrizte:	…… Kálmánné Juhász Ilona gazdasági igazgató	Dátum: 2018.01.16.
Minőségügyi szempontból ellenőrizte:	…… Dohnál Erika minőségirányítási irodavezető	Dátum: 2018.01.16.
Jogi szempontból ellenőrizte és jóváhagyta:	…… Dr. Ujvári Györgyi jogi és igazgatási osztályvezető	Dátum: 2018.01.16.
Intézmény vezetője:	…… Dr. Vályi-Nagy István főigazgató	Dátum: 2018.01.16.

A dokumentum kódja	SZ-49
Változat száma	07
File név	SZ-49
Oldalak száma	11
Mellékletek száma	7
Hatálybalépés időpontja	2018.01.18.

Jóváhagyta:

……

Dr. Nagy Szilárd
térségi igazgató
Állami Egészségügyi Ellátó Központ
Közép-Magyarországi Térségi Igazgatóság

Jóváhagyás napja:

Budapest, 2018.01.17.

Nyilvántartott példány: ☒

Munkapéldány: ☐

A példány sorszáma: 0 1

Ezen dokumentum továbbadása, sokszorosítása írásos engedélyhez kötött.

MÓDOSÍTÁSOK JEGYZÉKE

Módosította Aláírás/Dátum	Változat száma	Módosított oldalszám	Szakmailag és tartalmilag ellenőrizte Aláírás/Dátum	Jogi szempontból ellenőrizte és jóváhagyta Aláírás/Dátum	Jóváhagyta Aláírás/Dátum	Kibocsátás időpontja

TARTALOMJEGYZÉK

1. A SZABÁLYZAT CÉLJA 4

2. ALKALMAZÁSI TERÜLET 4

3. AZ ILLETÉKESSÉG ÉS FELELŐSSÉG MEGHATÁROZÁSA 4

4. FOGALMAK, DEFINÍCIÓK 4

5. A SZABÁLYZAT LEÍRÁSA 4

5.1. TÉRÍTÉSI DÍJ FIZETÉSÉRE KÖTELEZETTEK KÖRE 4
5.1.1. Biztosítási jogviszonnyal rendelkező nem külföldi személy 4
5.1.2. Biztosítási jogviszonnyal nem rendelkező nem külföldi személy 5
5.2. KÜLFÖLDIEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA 5
5.2.1. Biztosítással rendelkező külföldi személy 5
5.2.1.1. Ellátásra jogosultság 5
5.2.2. Biztosítással nem rendelkező külföldi személy 7
5.3. A BIZTOSÍTÁSI JOGVISZONY IGAZOLÁSA NEM KÜLFÖLDI SZEMÉLY ESETÉN 7
5.4. A TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGÁLLAPÍTÁSÁNAK, NYILVÁNOSSÁGRA HOZATALÁNAK ÉS BEFIZETÉSÉNEK RENDJE 8
5.4.1. Általános szabályok 8
5.4.2. Részletes szabályok 9
5.4.2.1. Járóbeteg-szakellátás, diagnosztika, kúraszerű szakellátás 10
5.4.2.2. Fekvőbeteg-szakellátás (aktív, krónikus, rehabilitációs, hospice) és nappali kórházi szakellátás 10
5.4.3. Magasabb színvonalú elhelyezés/hotelszolgáltatás 10
5.4.4. Térítési díjak 10
5.4.4.1. Kiegészítő térítési díjak 10
5.4.4.2. Térítési díjak biztosítási jogviszonnyal nem rendelkezők esetén 10
5.4.4.3. Egyéb szolgáltatási díjak 10
5.5. A BEHAJTHATATLAN KÖVETELÉSEKRE VONATKOZÓ SZABÁLYOK 11
5.6. EGYÉB RENDELKEZÉSEK 11

6. HIVATKOZÁSOK 11

7. MELLÉKLETEK, ADATLAPOK JEGYZÉKE 11

1. A SZABÁLYZAT CÉLJA

Jelen szabályzat célja a Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet (továbbiakban: **DPC**) térítési díj beszedési gyakorlatának szabályozása.

2. ALKALMAZÁSI TERÜLET

A szabályzatot alkalmazni kell a **DPC** mindazon területein, szervezeti egységeiben, és azoknak a személyeknek, ahol, és akik a szabályozott folyamatokban részt vesznek, a szabályzatot alkalmazzák, vagy akikre a szabályzat által rögzített követelmények vonatkoznak.

3. AZ ILLETÉKESSÉG ÉS FELELŐSSÉG MEGHATÁROZÁSA

A szabályzatban megfogalmazott tevékenységek végrehajtásában az alábbiak illetékesek, illetve felelősek.

▪ A szabályzat készítéséért:	kontrolling osztályvezető, ápolási és finanszírozási igazgató, pénzügyi és számviteli osztályvezető.
▪ A szabályzat alkalmazásáért:	az intézmény valamennyi dolgozója.
▪ A szabályzat alkalmazásának ellenőrzéséért:	munkáltatói jogkör gyakorlók, szervezeti egységvezetők.
▪ A szabályzat szétosztásáért:	minőségirányítási dokumentáció-felelős.

4. FOGALMAK, DEFINÍCIÓK

Jelen szabályzat nem tartalmaz fogalmat, definíciót.

5. A SZABÁLYZAT LEÍRÁSA

5.1. TÉRÍTÉSI DÍJ FIZETÉSÉRE KÖTELEZETTEK KÖRE

5.1.1. Biztosítási jogviszonnyal rendelkező nem külföldi személy

- **Részleges térítés** mellett jogosult az alábbi szolgáltatásokat igénybe venni:
  a) a külsődleges nemi jelleg megváltoztatására irányuló beavatkozás, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél;
  Térítési díj: NEAK térítés 90%-a.
- **Kiegészítő térítés** mellett jogosult az alábbi szolgáltatásokat igénybe venni:
  a) magasabb színvonalú elhelyezés/hotelszolgáltatás;
  b) amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra;

A kiegészítő térítési díj mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások térítési díjai az SZ-49 M01 mellékletben (megegyezik az 5.4.4. pontban foglalt térítési díjakkal) találhatóak.

- **Nem veheti igénybe** a kötelező **egészségbiztosítás terhére a** kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 18. § (6) b)-l) és n)-t) pontjaiban foglalt ellátásokat, továbbá amennyiben az egészségügyi dokumentációban arra vonatkozóan egyértelmű utalás található, a b)-l) és n)-t) pontokban meghatározott ellátások keretében, annak részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátásokat (1997. évi LXXXIII. törvény 18.§ (6) u) pont).
  Térítési díj: **SZ-49 M02** melléklet (megegyezik a 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet 2.sz. mellékletében foglalt térítési díjakkal) szerint.

5.1.2. Biztosítási jogviszonnyal nem rendelkező nem külföldi személy

A biztosítási jogviszonnyal nem rendelkező személyek által fizetendő térítési díjakat az **SZ-49 M01** (megegyezik az 5.4.4. pontban foglalt térítési díjakkal) melléklet tartalmazza.

5.2. KÜLFÖLDIEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA

5.2.1. Biztosítással rendelkező külföldi személy

a) az Európai Uniós Szabályok értelmében az EU tagállamok, továbbá Svájc, Norvégia, Izland, Liechtenstein állampolgárai;
Az ellátást a tagállamokban fennálló biztosítást igazoló európai egészségbiztosítási kártyával/kártyahelyettesítő nyomtatvánnyal, vagy S2/E112 nyomtatvánnyal és fényképes - személyazonosságot igazoló okmány együttes bemutatásával lehet igénybe venni. Ezen dokumentumok esetén a beteg „E térítési kategóriát" kap.

b) szociálpolitikai, egészségügyi együttműködési államközi egyezmények alapján az egyezményben részes államok állampolgárai:
   - orosz, ukrán, macedón, koszóvói, angolai, kuvaiti, mongóliai, kubai, jordániai, iraki állampolgárok és a Koreai Népi Demokratikus Köztársaság állampolgárai.
     Az ellátást útlevél bemutatásával lehet igénybe venni, amely esetén a beteg „3-as térítési kategóriát" kap.

c) szociális biztonsági egyezmények alapján az egyezményben részes államok állampolgárai: bosnyák, montenegrói, szerb állampolgárok.
Az ellátást Bosznia-Hercegovinai állampolgárok esetében BH/HU 111, BH/HU 112, Montenegrói állampolgárok esetében CG/HU 111, CG/HU 112, Szerb Köztársaság állampolgárai esetében HUN/SRB 111, HUN/SRB 112 jelű nyomtatványok felmutatásával lehet igénybe venni. Ezen dokumentumok esetében a beteg „E" térítési kategóriát kap.

5.2.1.1. Ellátásra jogosultság

a) az Európai Uniós Szabályok értelmében az EU tagállamok, továbbá Svájc, Norvégia, Izland, Liechtenstein állampolgárai:

- **orvosilag szükséges ellátásokra jogosultak**: biztosítást igazoló európai egészségbiztosítási kártya/kártyahelyettesítő nyomtatvány és fényképes - személyazonosságot igazoló okmány esetén.
  Továbbá jogosultak dialízis, oxigénterápia, speciális asztmakezelés, kemoterápia, szülés, a szüléshez és anyasághoz kapcsolódó ellátásokra.
  Orvosilag szükségesnek nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülhetnek. A szolgáltatónak figyelembe kell venni, hogy a külföldi állampolgár milyen hosszú

tartózkodási engedéllyel rendelkezik. Amennyiben az illető személy nem rendelkezik ú.n. EGT állampolgárok részére kiadott tartózkodási engedéllyel, csak azon szolgáltatások nyújtandók amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak.
Térítési díj: A betegnek csak azért az ellátásért kell fizetnie, amelyért a magyar biztosítottnak is fizetnie kell.
Azok, akik nem rendelkeznek a fenti igazolások valamelyikével, az ellátás befejezését követően 15 napon belül kötelesek az ellátásra jogosító kártyát, nyomtatványt beszerezni, ellenkező esetben nem biztosítottként díjfizetésre kötelezettek az **SZ-49 M01** mellékletben (megegyezik az 5.4.4. pontban foglalt térítési díjakkal) foglalt díjtételek szerint.

- **tervezett, a nyomtatványon megjelölt ellátás(ok)ra jogosultak:** S2/E112 nyomtatvány és fényképes - személyazonosságot igazoló okmánybemutatása esetén az állampolgár arra az ellátásra jogosult, amelyet a nyomtatványon megjelöltek.
Amennyiben a nyomtatványra konkrét szolgáltató vagy ellátás nincs megjelölve az érvényességi időn belül bármilyen egészségbiztosítási szolgáltatás nyújtható.
Térítési díj: A betegnek csak azért az ellátásért kell fizetnie, amelyért a magyar biztosítottnak is fizetnie kell.

- **határon átnyúló ellátásra jogosultak:** tervezett ellátás céljából, fényképes - személyazonosságot igazoló okmányt és a biztosítást igazoló egészségbiztosítási kártyát vagy nyomtatványt bemutató állampolgárok.
Térítési díj: Azon ellátások esetében, amelyet Magyarországon a társadalombiztosító finanszíroz a szolgáltatók részére, NEAK térítési áron számlázza az intézmény. Amely szolgáltatásokat Magyarországon nem biztosít az NEAK ingyenesen a betegek részére, jelen szabályzat **SZ-49 M01** mellékletben (megegyezik az 5.4.4. pontban foglalt térítési díjakkal) foglaltak szerint számláz az intézmény.
Ha a beteg nem tudja a biztosítási jogviszonyát egészségbiztosítási kártya vagy nyomtatvány bemutatásával igazolni, abban az esetben a térítési díj az **SZ-49 M01** mellékletében (megegyezik az 5.4.4. pontban foglalt térítési díjakkal) foglaltak szerint kerül megállapításra.

b) **a szociálpolitikai, egészségügyi együttműködési államközi, valamint szociális biztonsági egyezmények alapján az egyezményben részes államok állampolgárai (lsd. 5.2.1. b) és c) bekezdés):**

- **kizárólag sürgős orvosi ellátásra** jogosultak heveny megbetegedés vagy halaszthatatlan orvosi beavatkozást igénylő esetekben az útlevél bemutatása esetén. Kivéve a bosnyák, montenegrói állampolgárokat, akik erre szolgáló nyomtatványokkal vehetik igénybe az ellátást (BH/HU 111, CG/HU 111).
Térítési díj: A betegnek csak azért az ellátásért kell fizetnie, amelyért a magyar biztosítottnak is fizetnie kell.
Azok, akik nem tudják az útlevelet vagy a BH/HU 111 és CG/HU 111 nyomtatványok valamelyikét bemutatni, azoknál térítési díj a jelen szabályzat **SZ-49 M01** mellékletében (megegyezik az 5.4.4. pontban foglalt térítési díjakkal) foglaltak szerint kerül megállapításra.

- **tervezett, a nyomtatványon megjelölt ellátás(ok)ra jogosultak a** bosnyák, montenegrói állampolgárok, ha BH/HU 112, CG/HU 112-es nyomtatvánnyal rendelkeznek. Az állampolgárok arra az ellátásra jogosultak, amelyet a nyomtatványon megjelöltek és Magyarországon a társadalombiztosító finanszíroz a szolgáltatók részére. Amennyiben a nyomtatványra konkrét szolgáltató vagy ellátás nincs

megjelölve az érvényességi időn belül bármilyen egészségbiztosítási szolgáltatás nyújtható.
Térítési díj: A betegnek csak azért az ellátásért kell fizetnie, amelyért a magyar biztosítottnak is fizetnie kell.
Azok, akik nem tudják a nyomtatványt bemutatni, azoknál térítési díj a jelen szabályzat **SZ-49 M01** mellékletében (megegyezik az 5.4.4. pontban foglalt térítési díjakkal) foglaltak szerint kerül megállapításra.

5.2.2. Biztosítással nem rendelkező külföldi személy

Teljes térítés mellett (nem biztosítottként) veheti igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat az a külföldi, aki nem tartozik az 5.2.1. pontban felsorolt kategóriák egyikébe sem, azaz:

- nem az EU tagállamok, továbbá Svájc, Norvégia, Izland, Liechtenstein állampolgára;
- nem tartozik a szociálpolitikai, egészségügyi együttműködési államközi, valamint szociális biztonsági egyezmények hatálya alá, azaz nem orosz, ukrán, szerb, macedón, koszóvói, bosnyák, montenegrói, angolai, kuvaiti, mongóliai, kubai, jordániai, iraki állampolgár és nem állampolgára a Koreai Népi Demokratikus Köztársaságnak;
- utasbiztosítással rendelkező külföldi személy, amennyiben nem tartozik az 5.2.1. pontban felsorolt kategóriákba, vagy nem rendelkezik az 5.2.1.1. pontban szereplő, ellátásra jogosító dokumentumokkal.

A biztosítási jogviszonnyal nem rendelkező külföldi személyek által fizetendő térítési díjakat az **SZ-49 M01** melléklet (megegyezik az 5.4.4. pontban foglalt térítési díjakkal) tartalmazza.

5.3. A BIZTOSÍTÁSI JOGVISZONY IGAZOLÁSA NEM KÜLFÖLDI SZEMÉLY ESETÉN

Az érvényes társadalombiztosítási jogviszony igazolásához szükséges okmányok: TAJ kártya/ vagy az NEAK által kiadott, 90 napnál nem régebbi, a jogviszony fennállására vonatkozó igazolás, és fényképes - személyazonosságot igazoló okmány együttes bemutatása.
A dokumentumok birtokában a **DPC** munkatársa elvégzi a jogviszony ellenőrzést. A jogviszony ellenőrzése során az NEAK nyilvántartásban szereplő jogviszony adatok ellenőrzésére kerül sor annak érdekében, hogy az ellátást igénybe vevő szerepel-e a nyilvántartásban.
Az érvényes társadalombiztosítási jogviszony fennállását valamennyi fekvő- és járóbeteg ellátás megkezdésekor ellenőrizni kell. Ha az ellátásra szoruló állapota az ellátás azonnali megkezdését indokolja, az ellenőrzést járó betegnél közvetlen az ellátást követően, fekvőbeteg-szakellátás esetén legkésőbb annak kezdetét követő 24 órán belül el kell végezni.

A beteg első orvosi vizsgálatát akkor is el kell végezni, ha az ellenőrzés eredménye alapján nem szerepel jogosultként az NEAK nyilvántartásban.

A jogviszony ellenőrzés eredményéről a beteget tájékoztatni kell.

- Ha a jogviszony ellenőrzés eredménye zöld, a beteg jogosult az ellátásra térítésmentesen.
- Ha a jogviszony ellenőrzés eredménye azt jelzi, hogy a beteg jogosultként nem szerepel az NEAK nyilvántartásában (piros TAJ esetén), abban az esetben a **BA-INT-B04** értesítő átadásával tájékoztatni kell a beteget, hogy a jogviszonyát rendeznie kell a lakhelye szerint illetékes Kormányhivatal Egészségbiztosítási Pénztári Szakigazgatási Szervénél. A beteg térítési díjat nem kell, hogy fizessen, jogosult az ellátásra.

- Amennyiben a jogviszony ellenőrzés eredménye barna, azaz a „TAJ egyéb okból érvénytelen", a beteg biztosítási jogviszony hiányában térítési díjat köteles fizetni az 5.4. pont alapján.
- Amennyiben a jogviszony ellenőrzés eredménye kék, azaz a beteg „Külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen", a külföldi biztosításra való jogosultság alapján kell ellátni az 5.2.1., illetve az 5.2.2. pont alapján.
- Amennyiben a jogviszony ellenőrzés eredménye sárga, a beteg megállapodás alapján rendelkezik érvényes biztosítási jogviszonnyal, azonban nem minden egészségügyi szolgáltatásra jogosult térítésmentesen. Nem jogosult fogászati ellátásra (kivétel sürgősségi), külföldi gyógykezelésre, illetve a transzplantációs várólistára sem kerülhet fel. Ezen ellátások esetében a beteg köteles térítési díjat fizetni az 5.4. alapján.

5.4. A TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGÁLLAPÍTÁSÁNAK, NYILVÁNOSSÁGRA HOZATALÁNAK ÉS BEFIZETÉSÉNEK RENDJE

5.4.1. Általános szabályok

1) A térítési díjköteles szolgáltatásokat és az azokhoz tartozó térítési díjakat a DPC valamennyi szervezeti egységében jól látható módon ki kell függeszteni.

2) A beteg ellátását végző személy a jelen szabályzat részét képező egészségügyi szolgáltatások díjszabását figyelembe véve a szolgáltatást megelőzően, részletesen köteles tájékoztatni a szolgáltatást igénybevevőt a **várható térítési díj mértékéről, valamint megfizetésének módjáról.** A szolgáltatás igénybevétele esetén **annak tudomásul vételét, elfogadását** a jelen szabályzat - adott esetre vonatkozó - **Kötelezvény** I./II./III. nyomtatványán (**SZ-49 A01/A02/A03**) alá kell íratni az ellátottal.

3) A Kötelezvényt a beteg első ellátását végző szervezeti egységben, Kötelezvény I. és III. esetében kettő példányban, Kötelezvény II. esetében három példányban kell aláíratni (egy pld. a beteg példánya, másik példány (Kötelezvény II. esetében a másik két példány) a DPC példánya), amelyből az egyik példányt minden esetben át kell adni a betegnek, és az átadás tényét a beteg aláírásával igazoltatni kell a DPC egyik példányán.

4) A térítési díj rendezése:
   a) **járóbeteg** szakellátás esetén az ellátott **a várható térítési díj 100%-át** köteles **a szolgáltatás megkezdése előtt** a DPC részére befizetni. Sürgős ellátás esetén az ellátást követen kerül sor a térítési díj rendezésére.
   b) **fekvőbeteg**-szakellátás esetén az ellátott **a várható térítési díj 100%-át** köteles **a szolgáltatás megkezdése előtt** a DPC részére befizetni részszámla ellenében, utólagos elszámolással. A térítési díj végleges összegének rendezésea zárójelentés kiadása előtt kerül rendezésre, végszámla kiállításával. Sürgős ellátás esetén az első ellátás időpontját követő 2 naptári napon belül köteles az ellátott az előleg megfizetésére.
   c) **kúraszerű** szakellátás esetén a tervezett **kezelések megkezdése előtt** az ellátott köteles a soron következő kezelés **teljes térítési díjat** a DPC részére megfizetni.

Tervezett ellátás esetén a térítési díj fizetésére kötelezett beteg ellátása csak a térítési díj befizetését követően kezdhető meg.

Amennyiben tervezett ellátás esetén a térítési díj fizetésére kötelezett ellátására a szabályzatban szereplő térítési díj megfizetését megelőzően került sor és ebből az intézménynek behajthatatlan követelése keletkezik, akkor a munkáltatói jogkör gyakorlójának

a Jogi és Igazgatási Osztály felé kezdeményeznie kell a beteg ellátását végző személy kártérítési felelősségre vonását, a behajthatatlan követelés tudomásra jutásától számított 8 munkanapon belül.

5) A térítési díj beszedése és a számla kiállítása:
Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egység feladása alapján az egészségügyi szolgáltatás térítési díj beszedését és a számla kiállítását - **SZ-16 Pénzkezelési szabályzatban** foglaltak alapján - telephelyenként az alábbi egységek bonyolítják:

   a) Szent István Kórház telephely - Pénzügyi és Számviteli Osztály
   b) Merényi Gusztáv Kórház telephely - Gondnoksági Csoport
   c) Szent László Kórház telephely – Infektológiai Szakambulancia
   d) Rehabilitációs Centrum telephely - telephelyi osztályiroda

6) A - jogszabályi előírásoknak megfelelően kiállított - számlának tartalmaznia kell az igénybevevő személyi adatait/útlevélszámát/biztosítási igazolvány számát, az igénybe vett szolgáltatást és annak díjszabás szerinti összegét.

5.4.2. Részletes szabályok

a) Az a beteg, aki rendelkezik biztosítási jogviszonnyal, de az igazoló TAJ-kártyát a kórházi felvételekor nem tudja bemutatni, az **SZ-49 A02 KÖTELEZVÉNY II.** aláírására köteles a felvétel időpontjában. Ezzel a beteg tudomásul veszi, hogy ha a kórházi elbocsátás után **15 napon belül elmulasztja a TAJ-kártya bemutatását**, akkor fizetésre kötelezhető a hatályos jogszabályok alapján a jelen szabályzat díjtételei szerint.
Amennyiben a beteg kórházi tartózkodása idején nem kerül sor a TAJ-kártya bemutatására, a beteg távozását követő első munkanapon az adott szervezeti egység a **SZ-49 A02 KÖTELEZVÉNY II.** kettő (!) példányát az ellátó orvos által aláírt és lepecsételt adatlappal együtt köteles eljuttatni a Finanszírozási Osztályra, amely az **SZ-49 A02 Kötelezvény II.** birtokában a 15 nap elteltével a beteg TAJ számát megkéri az NEAK-tól.
Ha a TAJ szám NEAK-tól történő megkérése eredménytelenül zárult, a Finanszírozási Osztály az **SZ-49 A02 Kötelezvény II.**-t és a Finanszírozási Osztály által kitöltött **SZ-49 A04/A05 adatlapot** számlázás céljából átadja a Pénzügyi és Számviteli Osztályra. A megkapott dokumentumok alapján a Pénzügyi és Számviteli Osztály elkészíti a számlát és a vonatkozó jogszabályok értelmében, gondoskodik a térítési díj behajtásáról.
Amennyiben **a beteg magasabb színvonalú elhelyezés/hotelszolgáltatást is igénybe** vett, a magasabb színvonalú elhelyezés/hotelszolgáltatás díját az 5.4.3. pontban foglaltak szerint kell megfizetnie, nem pedig a jelen pontban foglalt eljárás részeként.

b) Aki rendelkezik az 5.2.1.1. pontban szereplő dokumentumok valamelyikével, de azt a kórházi felvételekor nem tudja bemutatni, az **SZ-49 A02 Kötelezvény II.** aláírására köteles a felvétel időpontjában. Ezzel tudomásul veszi, ha a DPC-ből történő távozását követő **15 napon belül elmulasztja a fenti dokumentumok bemutatását,** akkor fizetésre kötelezhető a hatályos jogszabályok alapján a jelen szabályzat díjtételei szerint. Ez esetben a szervezeti egység köteles a 15 nap leteltét követő első munkanapon a jelen szabályzat 5.4.1. pontjában foglaltak szerint eljárni.
Amennyiben **a beteg magasabb színvonalú elhelyezés/hotelszolgáltatást is igénybe** vett, a magasabb színvonalú elhelyezés/hotelszolgáltatás díját az 5.4.3. pontban foglaltak szerint kell megfizetnie, nem pedig a jelen pontban foglalt eljárás részeként.

5.4.2.1. Járóbeteg-szakellátás, diagnosztika, kúraszerű szakellátás

- **SZ-49 A01 Kötelezvény I.** (sz.e. **SZ-49 A02 Kötelezvény II.**) aláíratása 5.4.1. pontban foglaltak szerint,
- **SZ-49 A04** befizetési adatlapot kell kitölteni és a térítési díj beszedését bonyolító szervezethez megküldeni (lásd.5.4.1. 5) pont), amely alapján meg fog történni a számla kiállítása és a térítési díj beszedése.

5.4.2.2. Fekvőbeteg-szakellátás (aktív, krónikus, rehabilitációs, hospice) és nappali kórházi szakellátás

- **SZ-49 A01 Kötelezvény I.** (sz.e. **SZ-49 A02 Kötelezvény II.**) aláíratása 5.4.1. pontban foglaltak szerint,
- **SZ-49 A05** befizetési adatlapot kell kitölteni és a térítési díj beszedését bonyolító szervezethez megküldeni (lásd.5.4.1. 5) pont), amely alapján meg fog történni a számla kiállítása és a térítési díj beszedése.

5.4.3. Magasabb színvonalú elhelyezés/hotelszolgáltatás

1) A felvételkor a felvételt végző személy köteles tájékoztatni a beteget a magasabb szintű elhelyezés lehetőségéről. Amennyiben beteg élni kíván az elhelyezés lehetőségével az **SZ-49 A03 Kötelezvény III.** nyomtatványt írja alá. A napidíj mértékét az **SZ-49 M01** melléklet (megegyezik az 5.4.4. pontban foglalt térítési díjakkal) tartalmazza.
2) A beteg távozását megelőző napon, az **SZ-49 A03 Kötelezvény III.** nyomtatványra a vezető ápoló felvezeti a tényleges ápolási napok számát, aláírásával és az osztály pecsétjével hitelesíti, majd a beteggel is aláíratja. Első napnak a felvétel napja, az utolsónak pedig a távozást megelőző nap számít.
3) A magasabb színvonalú elhelyezés/hotelszolgáltatás díjára vonatkozó számlázási és elszámolási feladatok megegyeznek az 5.4.1. pontban foglaltakkal.
4) Amennyiben a betegellátás szükségessé teszi az osztály kapacitásának teljes kihasználását, a szabályzat jelen pontja az adott időszakban az osztályra nem vonatkozik.

5.4.4. Térítési díjak

5.4.4.1. Kiegészítő térítési díjak

A kiegészítő térítési díjakat az **SZ-49 M01** melléklet határozza meg.

5.4.4.2. Térítési díjak biztosítási jogviszonnyal nem rendelkezők esetén

A térítési díjakat az **SZ-49 M01** melléklet határozza meg.

HBCS alapú finanszírozás esetén (aktív-fekvőbeteg-szakellátás, kúraszerű szakellátás), amennyiben a beteg a felvételét követően a HBCS alsó határnapjáig elhagyja a DPC-t, abban az esetben az alsó határnapra vonatkozó súlyszámérték képezi a térítési díj számítási alapját.

5.4.4.3. Egyéb szolgáltatási díjak

Az egyéb szolgáltatási díjakat az **SZ-49 M01** melléklet határozza meg.

5.5. A BEHAJTHATATLAN KÖVETELÉSEKRE VONATKOZÓ SZABÁLYOK

Amennyiben a térítési díj fizetésére kötelezett ellátott a díjat nem térítette meg és ezen kötelezettségét írásbeli felszólítás ellenére sem teljesítette, vagy a fizetési kötelezettségének közjegyzői eljárásban kibocsátott fizetési meghagyására sem tesz eleget, akkor bírósági eljárás igénybevételével kerül sor a követelés érvényesítésére. Jogerős fizetés meghagyás vagy bírósági ítélet alapján végrehajtási eljárás útján van lehetőség a követelés érvényesítésére. Ennek eredménytelensége esetén az **SZ-61 Számviteli politika szabályzat** behajthatatlan követelésekre vonatkozó előírásai alapján kell eljárni.

5.6. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

1) A jelen szabályzatban foglalt térítési díjaktól eltérő térítési díjakat - jogszabály eltérő rendelkezése hiányában, a DPC szakmai, gazdasági érdekeire figyelemmel - külön szerződésben/megállapodásban foglaltak alapján lehet megállapítani.
2) A DPC saját hatáskörében megállapított egyéb szolgáltatási díjakat az **SZ-49 M01** melléklet (megegyezik az 5.4.4. pontban foglalt térítési díjakkal) tartalmazza.

6. HIVATKOZÁSOK

- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról
- 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- 351/2013. (X.4.) Korm. rendelet a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról
- 87/2004. (X.4.) ESzCsM rendelet a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól
- SZ-16 Pénzkezelési szabályzat
- SZ-61 Számviteli politika szabályzat
- BA-INT Intézeti Bizonylati Album

7. MELLÉKLETEK, ADATLAPOK JEGYZÉKE

- SZ-49 M01 Térítési díjak
- SZ-49 M02 A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díja a 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet alapján
- SZ-49 A01 Kötelezvény I. (térítési díj fizetésére kötelezett személy esetén)
- SZ-49 A02 Kötelezvény II. (utólag bemutatandó TAJ-kártya, európai egészségbiztosítási kártya/kártyahelyettesítő nyomtatvány esetén)
- SZ-49 A03 Kötelezvény III. (magasabb szinvonalú elhelyezés/hotelszolgáltatás igénybevételekor)
- SZ-49 A04 Térítési díj befizetési adatlap járóbeteg-szakellátás, diagnosztikai szolgáltatások esetén
- SZ-49 A05 Térítési díj befizetési adatlap fekvőbeteg-szakellátás (aktív, krónikus, rehabilitáció, hospice) nappali kórházi ellátás, kúraszerű szakellátás esetén