



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

## TDSZ TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT


Készítette:

.....  
  
**Móraozné Dr. Tóth Ildikó**  
 kontrolling és  
 közbeszerzési igazgató

Dátum:  
2019.03.29.


.....  
  
**Tóth Tamás**  
 ápolási és finanszírozási  
 igazgató

Dátum:  
2019.03.29.

.....  
  
**Bodáné Barta Szilvia**  
 pénzügyi és számviteli  
 osztályvezető

Dátum:  
2019.03.29.

Szakmai és  
tartalmi  
szempontból  
ellenőrizte:

.....  
  
**Némethné Papp Katalin**  
 gazdasági igazgató  
 általános helyettese


Dátum:  
2019.03.29.

Minőségügyi  
szempontból  
ellenőrizte:

.....  
  
**Dohnál Erika**  
 minőségirányítási  
 irodavezető

Dátum:  
2019.03.29.

Jogi  
szempontból  
ellenőrizte és  
jóváhagyta:

.....  
  
**Dr. Ujvári Györgyi**  
 jogi és igazgatási  
 osztályvezető

Dátum:  
2019.03.29.


Intézmény  
vezetője:

.....  
  
**Dr. Vályi-Nagy István**  
 főigazgató


Dátum:  
2019.03.29.

A dokumentum kódja	SZ-49
Változat száma	08
File név	SZ-49
Oldalak száma	12
Mellékletek száma	7
Hatálybalépés időpontja	2019.04.01.

Költségvetési szempontból ellenőrizte:

.....  
  
**Korózs Tamás**  
 költségvetési főfelügyelő  
 Dátum: 2019. 04. hó 01. nap

Jóváhagyta:

.....  
  
**Dr. Stubnya Gusztáv**  
 térségi igazgató  
 Állami Egészségügyi Ellátó Központ  
 Közép-Magyarországi Térségi Igazgatóság  
 Jóváhagyás napja:  
 Budapest, 2019. 04. hó 04. nap

Nyilvántartott példány:

Munkapéldány:

A példány sorszáma:  1



## TARTALOMJEGYZÉK

1.	A SZABÁLYZAT CÉLJA .....	4
2.	ALKALMAZÁSI TERÜLET .....	4
3.	AZ ILLETÉKESÉG ÉS FELELŐSSÉG MEGHATÁROZÁSA .....	4
4.	FOGALMAK, DEFINÍCIÓK.....	4
5.	A SZABÁLYZAT LEÍRÁSA.....	4
5.1.	TÉRÍTÉSI DÍJ FIZETÉSÉRE KÖTELEZETTEK KÖRE .....	4
5.1.1.	<i>Biztosítási jogviszonnal rendelkező nem külföldi személy.....</i>	4
5.1.2.	<i>Biztosítási jogviszonnal nem rendelkező nem külföldi személy .....</i>	5
5.2.	KÜLFÖLDIEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA.....	5
5.2.1.	<i>Biztosítással rendelkező külföldi személy.....</i>	5
5.2.1.1.	Ellátásra jogosultság .....	5
5.2.2.	<i>Biztosítással nem rendelkező külföldi személy .....</i>	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.	<i>Általános szabályok .....</i>	8
5.4.2.	<i>Részletes szabályok .....</i>	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.	<i>Magasabb színvonalú elhelyezés/hotelszolgáltatás.....</i>	10
5.4.4.	<i>Térítési díjak .....</i>	10
5.4.4.1.	Térítési díjak biztosítási jogviszonnal rendelkezők esetén .....	10
5.4.4.2.	Térítési díjak biztosítási jogviszonnal nem rendelkezők esetén .....	11
5.4.4.3.	Egyéb szolgáltatási díjak.....	11
5.5.	A BEHAJTHATATLAN KÖVETELÉSEKRE VONATKOZÓ SZABÁLYOK .....	11
5.6.	EGYÉB RENDELKEZÉSEK.....	11
6.	HIVATKOZÁSOK.....	11
7.	MELLÉKLETEK, ADATLAPOK JEGYZÉKE .....	12

## 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 és közbeszerzési igazgató, 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 szétesztéséért: 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 jogvissonnyal 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. Amennyiben a térítési díjról az **SZ-49 M02** melléklet nem rendelkezik, a biztosítási jogviszonnyal nem rendelkező külföldi és nem külföldi személyek esetében alkalmazott térítési díjakat szükséges megállapítani (megegyezik az 5.4.4.2. pontban foglalt térítési díjakkal). Ettől eltérni a jelen szabályzat 5.6. 1) pontjában foglaltak szerint lehetséges.

### 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 Unió 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:
  - ukrán, macedón, koszóvói, angolai, kuvaiti, jordániai, iraki állampolgárok és a Koreai Népi Demokratikus Köztársaság állampolgárai.  
Az ellátást útlevelel 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, török, albán 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 SRB/HUN 111, SRB/HUN 112, Török állampolgárok esetén TR/HU 111, Albán állampolgárok esetén HU/AL 111, AL/HU 112 jelű nyomtatványok felmutatásával lehet igénybe venni. Ezen dokumentumok esetén a beteg „E” térítési kategóriát kap.

#### 5.2.1.1. *Ellátásra jogosultság*

- a) az Európai Unió 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 bemutatni, 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 az EGT tagállamban fennálló 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 az EGT tagállamban fennálló 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 és szerb állampolgárokat, akik erre szolgáló nyomtatványokkal vehetik igénybe az ellátást (BH/HU 111, CG/HU 111, SRB/HUN 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, CG/HU 111 vagy SRB/HUN 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 és szerb állampolgárok, ha BH/HU 112, CG/HU 112, SRB/HUN 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 biztosítottak 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 ukrán, szerb, macedón, koszóví, bosnyák, montenegrói, angolai, kuvaiti, 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 első munkanapon belül kell elvégezni.

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 jogviszonnal, azonban nem minden egészségügyi szolgáltatásra jogosult térítésmentesen. Nem jogosult fogászati ellátásra (kivételesen 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 aláírni (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 példányban.
- 4) A térítési díj rendezése:
  - a) **tervezett 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 követően kerül sor a térítési díj rendezésére;
  - b) **tervezett 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 összege a 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**;
  - d) **a DPC-től történő egészségügyi szolgáltatás vásárlására irányuló szerződés** esetén (pl.: diagnosztikai vizsgálatok végzésére kötött szerződések) a szerződésben rögzített fizetési feltételek szerint kell eljárni.



**Tervezett ellátás esetén a térítési díj fizetésére kötelezett beteg ellátása - 5.4.1. 4) d) pont kivételével - 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 beszédése és a számla kiállítása:

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egység feladása alapján az egészségügyi szolgáltatás térítési díj beszédését és a számla kiállítását - **SZ-16 Pénzkezelési szabályzatban** foglaltak alapján - telephelyenként az alábbi egységek bonyolítják:

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

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

#### 5.4.2. Részletes szabályok

a) Az a beteg, aki rendelkezik biztosítási jogviszonnal, 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 felvételnél 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 aláírattja. Első napnak a felvétel napja, az utolsó nap 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. Térítési díjak biztosítási jogviszonnyal rendelkezők esetén

###### a) Kiegészítő térítési díjak

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

###### b) A kötelező egészségbiztosítás terhére nem igénybe vehető ellátások díja

A díjazás mértékéről az **SZ-49 M02** melléklet rendelkezik.

Amennyiben a térítési díjról az **SZ-49 M02** melléklet nem rendelkezik, a biztosítási jogviszonnyal nem rendelkező külföldi és nem külföldi személyek esetében alkalmazott térítési díjakat szükséges megállapítani (lsd. **SZ-49 M01**). Ide tartoznak pl. a szűrővizsgálatok, menedzserszűrések, nem közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató által kiállított beutalóval igénybe venni kívánt CT-MRI vizsgálatok, stb.

#### 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 igénybevételevel 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) Az **SZ-49 M01** mellékletben foglalt térítési díjaktól eltérő térítési díjakat - jogszabály eltérő rendelkezése hiányában, az **SZ-17 Önköltség-számítási szabályzat**ban foglalt eljárásrend alapján elvégzett önköltség-számítást követően -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-17 Önköltség-számítási 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 színvonalú 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