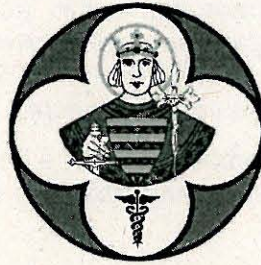


E példány sorszáma:

Nyt. szám: 99/172.



Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház

TÉRÍTÉSES BETEGELLÁTÁSI SZABÁLYZAT

A jelen Térítéses Betegellátási Szabályzatot Budapest Főváros Közgyűlésének Egészségügyi és Szociálpolitikai Bizottsága a 386/2010. (09.23) sz. határozatával jóváhagyta.

Hatályos: 2010. OKTÓBER hónap 29 napjától.

Budapest, 2010. szepember hónap 27 nap

Dr. Szolnoki Andrea
az Egészségügyi és Szociálpolitikai Bizottság elnöke



I. FEJEZET: A SZABÁLYZAT CÉLJA

1. A „Térítéses betegellátási szabályzat” (továbbiakban: Szabályzat) célja az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban OEP) által finanszírozott, illetve a nem finanszírozott és államilag nem támogatott ellátás igénybevételekor a díjfizetés, valamint az egészségügyi és egyéb szolgáltatások igénybevételének szabályozása, a fizetendő térítési díjak meghatározása, különös tekintettel a 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 1. § (6) bekezdésében meghatározott kötelezettségre.
2. A Szabályzat elkészítéséért és karbantartásáért a betegmenedzser, mint szabályzatfelelős, alkalmazásáért a II. fejezetben meghatározott személyek és szervezeti egységek vezetői felelősek.

II. FEJEZET: A SZABÁLYZAT ALKALMAZÁSI TERÜLETE, HATÁLYA

3. Jelen Szabályzat területi hatálya kiterjed a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház (továbbiakban: Kórház) Szervezeti és Működési Szabályzatában szereplő valamennyi fekvő- és járóbeteg-ellátást végző, valamint diagnosztikai munkahelyére.
4. Személyi hatálya kiterjed a Kórház dolgozóira, a Kórházban gyógykezelt és vizsgált betegekre, illetve a beteg személyes megjelenéséhez nem kötött, kórházban végzett diagnosztikai vizsgálatokra.
5. Az OEP-pel szerződéses viszonyban álló külső egészségügyi intézményekkel kötött szerződéseknél – az ő fekvőbetegeik részére a Kórház által nyújtott konzíliumi és diagnosztikai szolgáltatásokra vonatkozóan, valamint a külső egészségügyi szolgáltatók által a kórház fekvőbetegei részére nyújtott konzíliumi és diagnosztikai szolgáltatásokra vonatkozóan – az OEP által meghatározott paraméterek az irányadóak.
6. Az OEP-pel szerződéses viszonyban nem álló, külső egészségügyi szolgáltatók, más szervezetek esetében a nekik nyújtott konzíliumi, diagnosztikai és más egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozóan a velük kötött szerződés díjtételeit, szerződés hiányában a 4-es térítési kategóriára vonatkozó díjtételeket kell alkalmazni.
7. A Kórházzal kötött külön szerződés alapján történő ellátás és a finanszírozás kérdéseit a 12/2008. számú főigazgatói utasítás szabályozza.

III. FEJEZET: HIVATKOZÁSOK

8. Jogszabályok

- 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről
- 1991. évi XX. törvény a helyi önkormányzatok és szerveik, a köztársasági megbízottak, valamint egyes centrális alárendeltségű szervek feladat- és hatásköreiről
- 1992. évi LXXIX. tv. a magzati élet védelméről és a végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet
- 1996. évi XX. törvény a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról
- 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről, és a végrehajtásáról szóló 195/1997. (XI. 5.) Korm. rendelet
- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól és a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Korm. rendelet

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 1999. évi XLIII. törvény a temetőkről és a temetkezésről, és a végrehajtásáról szóló 145/1999. (X. 1.) Korm. rendelet
- 43/2003. (VII. 29.) ESzCsM rendelet a gyógyintézetek működési rendjéről, illetve szakmai vezető testületéről
- 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- 46/1997. (XII. 17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról
- 87/2004. (X. 4.) ESzCsM rendelet a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól
- 52/2006. (XII.28.) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
- 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról

9. Egyéb dokumentumok, belső szabályozások

- Az OEP Tájékoztatója (2009. november) az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral finanszírozási szerződést kötött egészségügyi szolgáltatókat érintő 2004. május 1. után az Európai Unióból, valamint Norvégiából, Izlandról, Liechtensteinből, valamint Svájcban érkező biztosítottak ellátásának változásairól az 883/04/EK sz. rendelet, valamint annak végrehajtásáról szóló 987/09/EK sz. rendeletekkel kapcsolatban
- FÖK Szent Imre Kórház Szervezeti Működési Szabályzata
- FÖK Szent Imre Kórház Adatvédelmi Szabályzata
- FÖK Szent Imre Kórház Pénzkezelési Szabályzata
- Kollektív Szerződés
- 12/2008. számú főigazgatói utasítás a szolgáltatási szerződésekben rögzített feltételekkel történő térítéses betegellátásról
- 2/2010. számú főigazgatói utasítás térítési díj ellenében igénybe vehető magasabb komfortfokozatú elhelyezési lehetőségekről
- 9/2010. számú főigazgatói utasítás VIP kártya bevezetésére és a Kiemelt Hotelszolgálat VIP térítéses betegellátás érdekeltségi rendszerére
- 12/2010. számú főigazgatói utasítás krónikus ellátás igénybevételének módosításáról és részleges térítés díjáról

IV. FEJEZET: MEGHATÁROZÁSOK

10. A Szabályzatban használt kifejezések és azok magyarázata

12 órán belüli ellátás: a 9/1993. (IV.2.) NM rendelet 9. számú mellékletében meghatározott esetekben, ha a HBCS-hez rendelt minimum ápolási nap nem nagyobb nullánál, és ténylegesen 12 órán belül megtörtént az ellátás.

24 órán belüli ellátás: az egynapos sebészeti ellátás körében végezhető elektív beavatkozások. Az egynapos klinikai beavatkozások jegyzékét, valamint a hozzájuk rendelt HBCS csoportokat (kódokat) és OENO kódokat a 9/1993. (IV.2.) NM rendelet 9. számú melléklete tartalmazza.

Beutaló: orvos által kiállított irat, mely általában feltétele a járóbeteg vagy a fekvőbeteg szakellátás igénybevételének. A beutaló szakmai konzílium, diagnosztikai eljárás, kezelés kérésére irányul a megnevezett beteget érintően, a meghatározott intézetben, munkahelyen. A vizsgálat, szakellátás kérésén és annak szükség szerinti indoklásán túl tartalmaznia kell a beutaló orvos, valamint munkahelyének azonosítására szolgáló, illetve a beutaló orvos általi ellátás tényét igazoló adatokat (orvosi pecsét; munkahely kódja, vagy ÁNTSZ engedély száma; naplósám). A beutalók érvényességi idejét jogszabály nem korlátozza, azok a kiállítás napjától kezdődően - másként rendelkezés hiányában - meghatározatlan ideig érvényesek (OEP Jogi Főosztály állásfoglalása).

A biztosítottat az Egészségbiztosítási törvény szerint megillető egészségügyi szakellátásra a finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa (pl. házi orvos, kórházi szakorvos), vagy külön jogszabályban meghatározott feladatot ellátó orvos a külön jogszabályban meghatározott feltételekkel utalhatja be, illetve tovább. A szakellátásra beutalt ismételt orvosi beutalás nélkül jogosult igénybe venni a járóbeteg szakellátást, ha annak keretében ismételt ellátása orvosszakmai szempontból indokolt. Az ismételt ellátás indokoltságát a járóbeteg-szakellátás orvosa rögzíti a biztosított egészségügyi dokumentációjában, és erről írásban tájékoztatja a biztosítottat, azzal, hogy ez nem érinti az ellátás beutaló nélküli történő igénybevételének jogosultságát. A szakambulanciákon a betegek betegdokumentációjában rögzített további vizsgálatokra, kontrollra, konzíliumra előjegyzése, gondozásra, gyógyszerfelírásra történő dokumentált visszarendelése beutalásként értékelendő. Tehát sem a kontrollra visszarendelt betegnek, sem a gyógyszerek emelt, kiemelt támogatással történő felírásához szükséges szakorvosi javaslatához, vagy csak szakorvos által rendelhető gyógyszerek felírásához nem kell ismételten beutalót kérni.

E 112 jelű nyomtatvány: az Európai Gazdasági Térség tagállamainak biztosítói által kibocsátott nyomtatvány. Ezzel a nyomtatvánnyal egészségügyi szolgáltatásra jelentkező személy ugyanolyan feltételek mellett jogosult a nyomtatványon megjelölt szolgáltató, illetve ellátás (amennyiben meg van jelölve) igénybevételére, mint a magyar biztosítottak. Amennyiben a nyomtatványon sem szolgáltató, sem konkrét ellátás nincs megjelölve, az érvényességi időn belül bármilyen egészségügyi szolgáltatás nyújtható a jogosult részére.

Egészségügyi szolgáltatás beutalási rendtől eltérő igénybevétele: akkor minősül a beutalási rendtől eltérőnek az ellátás igénybevétele, ha arra nem a beutalón megnevezett egészségügyi szolgáltatónál kerül sor.

Egészségügyi szolgáltatási járulék fizetésére kötelezettek: akik nem biztosítottak és biztosítás alapján jogosulti kategóriába sem tartoznak, de a befizetett járulék alapján jogosultak az OEP finanszírozott egészségügyi szolgáltatások igénybe vételére. Az egészségügyi szolgáltatási járulékot az APEH-hoz kell befizetni, az ezzel kapcsolatos ellenőrzések is az adóhatóság feladatkörébe tartoznak.

Elszámolási nyilatkozat: az 1997. évi LXXXIII. Tv. 18. § (10) bekezdésében előírt, a Kórház részéről az OEP finanszírozás alapján ellátott betegnek távozásakor átadandó tájékoztató, mely magyar nyelven tartalmazza az OEP által térített, a beteg által igénybevett ellátás OEP felé történő elszámolásának betegre vonatkozó paramétereit, adatait. A nyilatkozat egy példányát a biztosított egészségügyi dokumentációjában kell megőrizni, melyen a kiállító orvos aláírásával igazolja, hogy a beteg az abban megnevezett ellátást igénybe vette.

Érvénytelen (passzív) TAJ: a TAJ, ha tulajdonosa meghalt, vagy véglegesen külföldre távozott, s ez az illetékes hivatal tudomására jut.

EU Kártya: az Európai Gazdasági Térség tagállamainak biztosítói által korábban kibocsátott, az EGK tagállamaiban egészségügyi szolgáltatások igénybevételére jogosító korábbi (ún. E 111 jelű) nyomtatványokat felváltó, a tagállam hivatalos nyelvén kibocsátott, egészségügyi ellátásra jogosultságot igazoló kártya, mely lehet különálló, de nyomata rákerülhet a nemzeti kártya hátoldalára is. A Kártyán szereplő mezők számozása és elnevezése minden esetben állandó, amely alapján azok tartalma minden esetben beazonosítható.

Amennyiben az EU Kártya kiadása valamilyen okból átmenetileg nem lehetséges, az illetékes egészségbiztosítási intézmény ún. **ideiglenes Kártyahelyettesítő Nyomtatványt** ad ki. A Kártyahelyettesítő Nyomtatvány alkalmazására, valamint a nyomtatvánnyal kapcsolatos nyelvhasználatra ugyanazok a szabályok vonatkoznak, mint a Kártya esetében.

Fekvőbeteg szakellátás: a járó betegként el nem látható, ágyhoz kötött betegek gyógyintézeti ellátása, melyet orvosi beutalással lehet igénybe venni.

HBCS (homogén betegcsoport): listáját a hozzá tartozó súlyszámmal és egyéb jellemzőivel a 9/1993. (IV.2.) NM rendelet 3. számú melléklete tartalmazza.

Hozzá tartozó: az 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 685. §-ának b) pontjában megjelölt közeli hozzátartozók, továbbá az élettárs, az egyenes ágbeli rokon házastársa, a jegyes, a házastárs egyenes ágbeli rokona és testvére, valamint a testvér házastársa.

Járóbeteg szakellátás: ágyhoz nem kötött betegek gyógyító – megelőző szakellátása, melybe beletartozik a speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel működő szakambulancián történő ellátás is.

Kórházi alkalmazott: ezen Szabályzat értelmezésében a Kórházzal közalkalmazotti jogviszonyban álló dolgozó.

Közeli hozzátartozó: a Ptk. 685. §-ának b) pontjában megjelölt közeli hozzátartozók (a házastárs, az egyenes ágbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és neveltgyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő, valamint a testvér), és az élettárs.

Járóbeteg szakellátás keretében nyújtott ellátás teljesítmény pontértéke: a járóbeteg szakellátásban alkalmazott tevékenységi kódokhoz tartozó pontértéket a 9/1993. (IV.2.) NM rendelet 2. számú melléklete tartalmazza.

Jogviszony-ellenőrzés: az egészségügyi szolgáltató az ellátást megelőzően (a kivételeket jogszabály rögzíti) on-line módon megvizsgálja, hogy a TAJ mögött van-e biztosítási jogviszony. Jogviszony-ellenőrzést valamennyi egészségügyi szolgáltató, így a Szent Imre Kórház is köteles végezni 2007. április elsejétől. Ez on-line módon, az adott ellátási formában egy napon nyújtott szolgáltatások számától függetlenül egy alkalommal történik az OEP nyilvántartási rendszerén keresztül a beteg TAJ számának megadásával, vagy ha a TAJ igazoló okmány nem áll rendelkezésre – egyéb személyazonosító adatok alapján. A rendszer 4 jelzést adhat:

1. Magyarországon rendezett jogviszonnal rendelkező személyek esetében: zöld – TAJ érvényes, jogviszonya rendezett;
2. Magyarországon rendezetlen jogviszonnal rendelkező személyek esetében: piros – TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen;
3. TAJ számmal rendelkező külföldön biztosítottak esetében: kék – külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen
4. egyéb esetekben: barna – TAJ egyéb okból érvénytelen

Különösen veszélyes extrém sport, szabadidős tevékenység: az egészségügyi ellátás finanszírozása szempontjából különösen veszélyes, extrém sportnak minősülnek: vízi-sízés; jet-ski; vadvízi evezés; hegy- és sziklamászás az V. foktól; magashegyi expedíció;

barlangászat; bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping); falmászás; roncsautó (auto-crash) sport, rally; hőlégballonozás; félkezes és nyílttengeri vitorlázás; sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés.

OENO kód: a járóbeteg szakellátásban alkalmazott tevékenységi kód. Az alkalmazott tevékenységek listáját és a hozzájuk tartozó kódok jegyzékét az egészségügyi miniszter a 9/1993. (IV.2.) NM rendelet 2. számú mellékletében határozza meg.

OEP biztosítás alapján jogosultak: pl.: nyugdíjasok, a GYED-en, GYES-en, GYET-en lévők, a különböző szociális ellátásban részesülők, a gyermekek és a továbbtanuló fiatalok. Bejelentésüket az OEP nyilvántartásába az ellátást folyósító szerv, intézmény, iskola, stb. teljesíti, de utánuk az egészségügyi szolgáltatási járulékot az állam fizeti meg.

OEP biztosítottak: pl.: munkavállalók, vállalkozók, önálló tevékenységet folytatók. Bejelentésüket az egészségbiztosítás nyilvántartásába munkáltatójuk teljesíti, ugyancsak a munkáltató köteles utánuk a járulék bevallására és megfizetésére.

OEP finanszírozás alapján ellátandó beteg által fizetendő térítés: azon ellátások esetében, amelyeket az állam központi költségvetésben nem támogat, és az Egészségbiztosítási Alap terhére sem vehetők igénybe, vagy igénybevételét az egészségbiztosító térítési díj megfizetéséhez köti, az OEP finanszírozás alapján ellátandó betegnek is térítési díjat kell fizetni.

Orvosilag szükséges ellátás: Az EU kártyával az ideiglenes tartózkodás alkalmával felmerült, orvosilag szükséges egészségügyi ellátások vehetők igénybe, a tervezett ellátások nem.

Azt, hogy az adott ellátás orvosilag szükségesnek minősül-e, azt az ellátást nyújtó szolgáltató dönti el, a tartózkodás tervezett idejére és az egészségi állapotra tekintettel. Orvosilag szükségesnek nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülhetnek. Amennyiben az igényelt ellátást – a beteg állapotára való tekintettel nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a szolgáltatónak figyelembe kell vennie, hogy az adott beteg mennyi időt kíván Magyarországon tölteni. Amennyiben a beteg nem rendelkezik az EGT állampolgárok, illetve családtagjaik részére kiadott tartózkodási kártyával, vagy regisztrációs igazolással, csak azok a szolgáltatások nyújthatók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. Egyéb esetekben a tartózkodási kártya, vagy regisztrációs igazolás, illetve az EU kártya, kártyahelyettesítő nyomtatvány érvényességének lejártát kell figyelembe venni.

Az Európai Bizottság vonatkozó határozatai szerint orvosilag szükséges ellátásnak minősül az oxigénterápia, a dialízis-kezelés, illetve a terhességgel és a szüléssel kapcsolatos ellátások.

Részleges térítés: egyes jogszabályokban meghatározott egészségügyi szolgáltatások igénybevételét az OEP a beteg által részleges térítési díj megfizetéséhez köti.

Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos, vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás: minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet az 52/2006. (XII.28.) EüM. rendelet felsorolásában szereplő, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében a beteg állapotának stabilizálásáig végeznek.

Szent Imre Kórház Fejlesztési Alapítvány: A Kórházban a betegellátás feltételei fejlesztésének támogatására létrehozott alapítvány. A befolyó összeget többek között a betegek kényelmét szolgáló ülőbútorok megvételére, további korszerű kórtermek kialakítására, új

ápolási kellékek, modern műtéti és információs eszközök beszerzésére, műszerfejlesztésre, ápolási segédeszközök vásárlására és a szakdolgozók továbbképzésének támogatására fordítja.

TAJ: az OEP által használt egyedi azonosító szám (taj szám). Minden magyar állampolgár (sőt a Magyarországon biztosítottként dolgozó külföldi és menekült is) rendelkezik taj számmal, amelyet a taj kártya igazol. A taj kártya bemutatása szükséges ahhoz, hogy valaki bármely, a tb által finanszírozott egészségügyi szolgáltatást igénybe vehessen. A szolgáltató és az OEP közötti elszámolás is a taj szám alapján történik.

VIP ellátás: a kórház külön VIP1 és VIP2 részlegein nyújtott emelt szintű ellátást (magasabb komfortfokozatú kórtermi elhelyezés, egyéb kényelmi szolgáltatások) biztosít térítés ellenében a betegek részére külön kérelemre, amely szolgáltatás igénybevételére szerződést kell kötni a kórházzal. A VIP ellátás keretében az egészségügyi ellátás a társadalombiztosítás általános szabályai szerint, valamint térítéssel (teljes térítés) vehető igénybe. A szolgáltatás igénybevételével kapcsolatban a részletes szabályokat a jelen szabályzat és 3. sz. melléklete tartalmazza.

VIP kártya (VIP egészségkártya): a Szent Imre Kórházban a térítéses betegellátás szolgáltatásai igénybevételének elősegítése, finanszírozásának korszerűsítése érdekében kibocsájtott kártya, mely cselekvőképes magánszemélyek, illetve intézmények által vásárolható. A kártya érvényességi ideje alatt kizárólag a Szent Imre Kórházban a Kártyaszabályzatban meghatározott szolgáltatások térítésmentes igénybevételére, illetve további kedvezményekre jogosít.

11. Rövidítések

EU Kártya: Európai Egészségbiztosítási Kártya

FÖK: Fővárosi Önkormányzat

FNY: formanyomtatvány

HBCS: Homogén Betegségcsoport

OENO: Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása

OEP: Országos Egészségbiztosítási Pénztár

REP: Regionális Egészségbiztosítási Pénztár

SZTIKH: Szent Imre Kórház

TAJ: Társadalombiztosítási Azonosító Jel

TB: tb., társadalombiztosítás

V. FEJEZET: A SZABÁLYZAT TARTALMA

TARTALMI ELEMELK

- Térítési kategóriák definiálása, térítésmentes ellátások igénybevételére jogosultság igazolásához szükséges adatok, nyomtatványok, iratok, egyéb tényezők meghatározása (V/A.)
- Az OEP finanszírozás alapján egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők díjfizetési kötelezettsége. A biztosítottak által is csak térítéssel igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások, az ellátás, valamint az ellátáshoz kapcsolódó egyéb szolgáltatások teljes vagy részleges térítési díjának meghatározása. Államilag nem finanszírozott szolgáltatások, azok igénybevétele, térítési díjai. (V/B.)

- A 4-es térítési kategóriába tartozó betegek ellátása. A betegek által térítéssel igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások köre, valamint a biztosítható többletszolgáltatások köre. A térítési díjak, meghatározásuk elve, módszere. (V/C.)
- Halott ellátással kapcsolatos költségek (V/D)
- Adatszolgáltatással kapcsolatos költségek (V/E)
- VIP ellátás, magasabb komfortfokozatú kórtermi elhelyezés biztosítása (V/F)
- Egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során méltányossági kedvezmények érvényesíthetősége. (V/G.)
- A befizetés rendjének, a nem fizetés megelőzésének és a behajtás rendjének szabályozása. A kórházi dolgozók részére fizethető érdekeltségi részesedés (V/H.)

V/A. TÉRÍTÉSI KATEGÓRIÁK, ÉS AZOK IGAZOLÁSA

MAGYARORSZÁGON BIZTOSÍTOTTAK ELLÁTÁSA

12. **1-es térítési kategória - OEP finanszírozott ellátás:** a Magyar Köztársaság területén élő magyar állampolgárok valamennyien térítésmentesen jogosultak az egészségügyi ellátásokra. Az ellátásra való jogosultságot a biztosítási jogviszony, vagy a jogosulti státusz határozza meg.

A társadalombiztosítás rendszerében való részvétel kötelező, nem az egyén választásán múlik, azaz senki sem dönthet úgy, hogy nem fizet járulékot, de megtéríti az általa igénybevett ellátás költségét. A hatályos jogszabályok alapján minden Magyarországon élő magyar állampolgár jogosult a társadalombiztosítás által finanszírozott ellátásokra. Az ellátások igénybevételének elengedhetetlen feltétele, hogy mindenki esetében tisztázott legyen, milyen jogviszony (munkavállaló, nyugdíjas, kiskorú, stb.) alapján jogosult az ellátásokra. Rendezetlen jogviszonnyal igen, viszont érvénytelen tájékoztatóval nem lehet igénybe venni a társadalombiztosítás terhére egészségügyi ellátást. Ugyanakkor a TAJ érvényessége nem jelent rendezett jogviszonyt!

A jogviszony-ellenőrzés eredményétől függetlenül mindenki megkapja a szükséges egészségügyi ellátást. Amennyiben az ellenőrzés eredményeként kiderül, hogy a Magyarországon élő magyar állampolgárságú beteg TAJ száma érvényes, de jogviszonya rendezetlen (piros jelzés), az OEP-finanszírozott ellátás nyújtását akkor sem tagadhatja meg a Kórház, és nem térítheti meg a beteggel az ellátás (gyógyszer, segédeszköz, stb. teljes árát,) költségét. Viszont köteles egy „Értesítés” átadásával a betegnek tájékoztatást adni a jogviszony rendezetlenségéről. Az értesítés nem része a betegdokumentációnak, nem kell aláírni a beteggel. A betegnek az írásban is megkapott tájékoztató alapján haladéktalanul kezdeményeznie kell jogviszonyának rendezését.

Az átmenetileg érvénytelen TAJ számmal rendelkező (kék jelzés) betegek esetében, tisztázni kell, hogy az érintett személy rendelkezik-e a jogosultságok valamelyikével (EU kártya, kártyahelyettesítő nyomtatvány, E 112-es nyomtatvány). Amennyiben ezek valamelyike rendelkezésre áll, vagy az érintett írásban (FNY 556) nyilatkozik, hogy azok valamelyikét 15 napon belül bemutatja, az „E” térítési kategóriára vonatkozó rendelkezések (14. pont) szerint kell eljárni. Abban az esetben, amikor azok nem állnak rendelkezésre, és a beteg sem nyilatkozik a 15 napon belüli bemutatásra vonatkozóan, a 4-es térítési kategóriára vonatkozó előírásokat (17. pont) kell alkalmazni.

A „TAJ egyéb okból érvénytelen” (barna jelzés) eseteiben a TAJ pl. végleges külföldre település, elhalálozás miatt, vagy technikai okból érvénytelenítésre került, a 4-es térítési kategóriára vonatkozó előírásokat (17. pont) kell alkalmazni.

A jogosultság ellenőrzéséhez a betegek a tajkártyával együtt kötelesek személyazonosságuk igazolása céljából hatóság által kiállított fényképes igazolványt is az ellátó személyzetnek átadni.

Amennyiben a beteg tajkártyáját nem tudja bemutatni, nyilatkozhat arról, hogy az ellátást követő 15 napon belül bemutatja azt a kezelés helyén. Arról is nyilatkozhat, hogy biztosított, de a tajkártya nincs a birtokában, és felhatalmazást ad a Szent Imre Kórháznak, hogy taj számát az OEP-től az ellátás finanszírozása érdekében megkérje (FNY 022/1).

Amennyiben a beteg nem hajlandó a jogosultság ellenőrzéséhez szükséges okmányokat bemutatni, vagy azok későbbi bemutatására vonatkozó, illetve a Kórházat OEP-től adatkérésre felhatalmazó nyilatkozatot tenni, a Kórház számára legkedvezőbb perspektívát eredményező módon a következő bekezdésben, vagy a 18. pontban meghatározottak szerint kell eljárni.

Ha a beteg állapota miatt nem képes, vagy nem hajlandó semmiféle nyilatkozatot tenni, ezt a tényt két tanú aláírásával kell igazolni. Ha nincs két tanú, a nyilatkozat pótlását a bíróságtól lehet kérni. Az ezzel kapcsolatos eljárást a Jogi Iroda kezdeményezi az ellátást végző szervezeti egység írásos tájékoztatása alapján.

Az 1-es térítési kategóriába tartozó beteg jogszabályokban meghatározott esetekben az egészségügyi ellátásához kapcsolódóan köteles teljes, illetve részleges térítési díjat fizetni.

- 13. „D” térítési kategória:** bevándoroltak, letelepedési engedéllyel rendelkezők (letelepedettek), menekültként elismertek, hontalanok stb., olyan külföldiek (állampolgárságtól függetlenül), akik a magyarországi tartózkodási, lakhatási, letelepedési engedéllyel és OEP biztosítással rendelkeznek (van tajkártyájuk).

A magyar egészségbiztosítás ellátásaira való jogosultságot a biztosítottnak, vagy jogosultnak minősülő külföldieknek is igazolniuk kell taj kártyával, vagy a menekültügyi hatóság által a jogosultságok igazolására kiállított okmánnyal. Amennyiben a jogviszonyt igazolni nem tudják, vagy a Bevándorlási Hivatal által nem finanszírozott szolgáltatást kívánnak igénybe venni, a 4-es kategóriára vonatkozó előírások szerint meg kell fizetniük az igénybevett szolgáltatások díját.

A magyar taj kártyával rendelkező beteg amennyiben a TAJ kártyáját nem tudja bemutatni, nyilatkozhat (FNY022/1) arról, hogy az ellátást követő 15 napon belül bemutatja azt a kezelés helyén, valamint ha a bemutatást elmulasztja, az ellátás díját meg kell fizetnie. Arról is nyilatkozhat, hogy biztosított, de a TAJ kártya nincs a birtokában, és felhatalmazást ad az ellátó intézménynek, hogy annak számát az OEP-től az ellátás finanszírozása érdekében megkérje, egyúttal tudomásul veszi, hogy ha az OEP a kérésre nem tud jogosultságot igazolni, az ellátás díját meg kell fizetnie.

15 nap eltelte után, vagy ha az OEP a kérésre nem tudott jogosultságot igazolni, a nyilatkozatot kiállító ellátó munkahely a 4. kategóriára vonatkozó előírások szerinti számlázáshoz szükséges adatlapokat a Pénzgazdálkodási Osztály részére számlázás céljából megküldi.

KÜLFÖLDÖN BIZTOSÍTOTTAK MAGYARORSZÁGI ELLÁTÁSA

- 14. „E” térítési kategória:** elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, ill. közösségi szabály alapján történő ellátás. Az Európai Unió (EU) tagállamai-

ban (valamennyi régi és új tagállam, továbbá Norvégia, Izland, Liechtenstein és Svájc) lakó és ott egészségbiztosítással rendelkező személyek (EU állampolgárok, az EU tagállamok állampolgáraival azonos jogállást élvező harmadik állam állampolgárai) magyarországi tartózkodásuk során, az EU kártya, vagy az azt helyettesítő nyomtatvány bemutatása esetén a magyarországi tartózkodás tervezett idejére és egészségi állapotára tekintettel orvosilag szükséges egészségügyi szolgáltatásokra jogosultak.

Külföldi biztosítottak tervezett magyarországi gyógykezelése az E 112 jelű nyomtatvány alapján vehető igénybe. Az érintett beteg a nyomtatványon jelzett gyógykezelésre, illetve amennyiben konkrét gyógykezelés nincs megjelölve, teljes körű egészségügyi szolgáltatás igénybe vételére jogosult.

A Kártya, a Kártyahelyettesítő nyomtatvány, illetve az E 112 jelű nyomtatvány alapján kizárólag csak azok érvényességi idején belül megkezdett ellátásokat lehet nyújtani.

A Kórházban az ellátásra jelentkező biztosított adatait az ellátás megkezdése előtt rögzíteni kell. Az igazolásról – amennyiben a technikai feltételek lehetővé teszik – a későbbi ellenőrzés megkönnyítése céljából másolat készítendő. Az igazolás teljes adattartalmát (családi név, utónév, születési dátum, biztosítási [azonosító] szám, intézményazonosító, kártyaazonosító szám, érvényességi idő) azonban minden esetben maradéktalanul rögzíteni és tárolni kell. Az igazolás másolatát vagy az igazolás adatait tartalmazó iratot az irattározás szabályai szerint a betegdokumentációban kell megőrizni. A regisztráció során ki kell tölteni az EU adatlapot.

Ha az Európai Unió tagállamaiból érkező betegek az EU kártyát, vagy az azt helyettesítő formanyomtatványt az ellátás megkezdése előtt nem tudják bemutatni, térítés ellenében vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat (4-es térítési kategória) a következő feltételekkel:

- Az EU-s biztosítással rendelkező beteg amennyiben a kártyáját vagy az azt helyettesítő nyomtatványt nem tudja bemutatni, nyilatkozhat (FNY556) arról, hogy az ellátást követő 15 napon belül bemutatja azt a kezelés helyén, valamint tudomásul veszi, hogy ha a bemutatást elmulasztja, az ellátás díját meg kell fizetnie.
- 15 nap eltelte után a nyilatkozatot kiállítató ellátó munkahely a számlázáshoz szükséges adatlapokat a Pénzgazdálkodási Osztály részére számlázás céljából megküldi.
- Ha az EU-s biztosítással rendelkező beteg az ellátást megfizette, de a biztosítást igazoló okmányt az ellátást követő második hónap 5-ig bemutatja a kezelés helyén, a megfizetett ellátási díjat visszakaphatja. Ugyanakkor az ellátó munkahely az OEP felé jelenti finanszírozásra az ellátási esetet.

2010. január 01-től a Magyarország – Bosznia – Hercegovina szociális biztonsági egyezmény alapján sürgősségi ellátás igénybevételére a BH/HU 111-es, BH/HU 112 jelű nyomtatványok jogosítanak. Az „E” térítési kategóriában az EU adatlap kitöltésével történhet a finanszírozás igénylése.

A magyar – horvát szociális biztonsági egyezmény alapján sürgősségi ellátás igénybevételére a HR/HU 111-es nyomtatvány jogosít. Az „E” térítési kategóriában az EU adatlap kitöltésével történhet a finanszírozás igénylése.

A magyar – montenegrói szociális biztonsági egyezmény alapján sürgősségi ellátás igénybevételére a CG/HU 111-es nyomtatvány jogosít. A kiküldetés keretében átmenetileg Magyarországon dolgozó montenegrói biztosított és a vele együtt Magyarországon tartózkodó családtagja a CG/HU 111A jelű nyomtatvánnyal igazolja, hogy jogosultak a magyar egészségbiztosítás szükséges szolgáltatásaira, amennyiben a nyom-

tatvány B részét annak 7. mezőjében az illetékes magyar Regionális Egészségbiztosítási Pénztár hitelesítette. Az OEP felé jelentés itt is az E-adatlapon történik.

- 15. 3-as térítési kategória:** államközi szerződés alapján végzett ellátás - a különböző államközi egyezmények alapján az egyezményben részes államok állampolgárai számára külföldi tartózkodásuk idejére (átmeneti jelleggel, azaz a letelepedés szándéka – és letelepedési engedély – nélkül) kölcsönösen különböző egészségügyi ellátási jogosultságokat biztosítanak. Az egyezményes országokból érkező, Magyarországon nem biztosított külföldi állampolgárok díjtalanul (különböző elszámolási módok alapján az egészségbiztosítás terhére) az itt tartózkodásuk alatt a *feltétlenül szükséges mértékben, heveny megbetegedés illetve sürgős szükség esetén* jogosultak egészségügyi ellátásra.

A jogosultságot az egyezményekben meghatározott államok állampolgárai útlevelükkel, **valamint az illetékes egészségbiztosítási intézmény által kiadott igazolással** igazolják.

Államközi egyezmények: Angola, Észak Korea, Irak, Jordánia, Kazahsztán, Kirgizisztán, Koszovó, Macedónia, Kuba, Kuvait, Oroszország, Örményország, Szerbia, Tádzsikisztán, Ukrajna

Az egyezményes országokból érkező betegek sürgős szükség mértékén túli ellátása, illetve a szükséges igazolás hiányában elvégzett ellátása térítésköteles a 4-es térítési kategóriára vonatkozó szabályok szerint.

- 16. 9-es térítési kategória:** külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása (Segítő Jobb) – a „Segítő jobb” Alapítvány beutalójával, az alapítvány által elfogadott ellátási díj mértékéig.

- 17. 4-es térítési kategória:** az egészségügyi szolgáltatást nem OEP finanszírozás keretében igénybe vevő (OEP biztosítással vagy jogosultsággal nem rendelkező, illetve a szolgáltatást nem OEP biztosítása alapján igénybe vevő magyar vagy külföldi, valamint más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő) személyek térítésköteles ellátása.

A kiszámlázandó és a számla alapján fizetendő díjakat jelen szabályzat határozza meg.

A fizetési kötelezettségről és az előzetesen kalkulált várható fizetendő összegről a szolgáltatás nyújtása előtt a beteget tájékoztatni kell, megjelölve, hogy a végleges fizetendő összeg a ténylegesen végrehajtott vizsgálatok, kezelések függvénye, eltérhet az előzetesen kalkulált összegtől. A tájékoztatást az FNY010, illetve külföldi betegek esetében a többnyelvű FNY049 formanyomtatványok értelemszerű kitöltésével és átadásával lehet elvégezni. A tájékoztatás elvégezhető az igénybevételre tervezett szolgáltatás orvosi szakmai sajátosságainak figyelembe vételével kidolgozott szakmai tájékoztató anyagok használatával is, melyeknek azonban a beteg által értett nyelven mindenképpen tartalmazniuk kell a díjfizetési kötelezettségre és a fizetendő díjak mértékére vonatkozó információt. A beteg a formanyomtatványon nyilatkozik arról, hogy tudomásul veszi a várható költségeket, megjelöli a fizetés módját, illetve ha van, megnevezi a költségeket átvállaló szervezetet. Szóban történő tájékoztatás az előírt térítési díj vizsgálatot, beavatkozást megelőző befizetésekor fogadható el.

A költségek más (személy, szervezet, biztosító) általi átvállalása esetén a beteg az általa beszerzett költségátvállaló nyilatkozatot köteles átadni az ellátást végző szervezeti egység képviselőjének.

Az előzetesen kalkulált várható összeg esetleges túllépése esetén a beteggel, illetve a költségeket átvállaló szervezet képviselőjével a beteg közvetítésével egyeztetni kell.

Az Európai Közösségek szerveinél dolgozó, a nemzetközi szervezet biztosítója által kiadott biztosítási kártya esetén a számlát közvetlenül a külföldi biztosító részére is ki lehet állítani. Ezen kártya alapján nem kerül sor OEP finanszírozásra. Hasonló kártyával rendelkeznek az ENSZ Menekültügyi Főbiztosságok, más ENSZ szervezetek alkalmazottai is.

A 4-es térítési kategóriába sorolt betegek esetében az 1997. évi LXXXIII. tv. 18. § (10) pontjában előírt elszámolási nyilatkozatot nem kell elkészíteni, nem kell a beteggel aláírni, és értelemszerűen nem is kell a beteg részére átadni!

V/B. AZ OEP FINANSZÍROZÁS ALAPJÁN EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁST IGÉNYBE VEVŐK JOGSZABÁLYOKBAN MEGHATÁROZOTT DÍJFIZETÉSI KÖTELEZETTSÉGE

TELJES TÉRÍTÉS

18. Az OEP finanszírozás alapján ellátandó betegek a beavatkozás elvégzése előtt kötelesek megfizetni az OEP által nem térített, a következőkben felsorolt egészségügyi ellátás, egyéb szolgáltatás igénybevételekor a teljes térítési díjat.

A. Nem orvosi indikáció alapján végzett, a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátások

a. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 18. § (6) bekezdésében meghatározott ellátások közül:

- Az Egészségügyi Tudományos Tanács által jóváhagyott kutatási programban szereplő egyes beavatkozások, ideértve a kutatást célzó speciális gyógyszeres terápiát is. Térítésük külön szerződésekben meghatározott feltételekkel és díjak alkalmazásával történik.

b. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 18. § (6) bekezdés g) pontjában meghatározott ellátások közül a kórházban nyújtott szolgáltatások:

- Szépekészítési, plasztikai sebészeti beavatkozások. A szolgáltatások igénybevétele szerződés (FNY 656) alapján a díj előzetes megfizetését követően történik. A díjtételeket ezen Szabályzat 2. számú melléklete tartalmazza.

c. Nem orvosi indikáció alapján végzett, az előzőekben nem részletezett beavatkozások:

- Terhesség megszakítás nem orvosi indikációra - a beavatkozás térítési díját a 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet szabályozza. A díjat a kérelmező az Egészségbiztosítási Alap számlájára fizeti be, a Kórház az Egészségbiztosítási Alappal számol el. A beavatkozás elvégzésének feltétele a térítési díj befizetésének igazolása.
- Művi meddővé tétel, nem orvosi indikációra - a díjtételeket ezen Szabályzat 2. számú melléklete tartalmazza.
- Prostatata specifikus antigén (PSA) meghatározás, általános szűrővizsgálatként nem orvosi indikációra - a díjtételeket ezen Szabályzat 2. számú melléklete tartalmazza.

B. A 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 2. számú mellékletében meghatározott térítési díj befizetése ellenében igénybe vehető szolgáltatások közül a Kórházban végzett szolgáltatások:

- Lőfegyvert munkakörükből eredően tartani szándékozó, illetve tartó személyek lőfegyvertartásra való egészségi alkalmasságának pszichológiai vizsgálata (első és másodfok)
- Lőfegyvert tartani szándékozó, illetve tartó személyek lőfegyvertartásra való orvosi alkalmassági vizsgálata első és másodfokon, valamint pszichológiai alkalmassági vizsgálata első és másodfokon.
- Gépjárművezetők időszakos és soron kívüli alkalmassági vizsgálata
- Véralkohol-vizsgálathoz vérvétel
- Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálat
- Láttelel kiadása
- Részeg személy detoxikálása
- Kábítószer hatása alatt álló személy akut ellátása
- Tengeri hajózási egészségi alkalmassági vizsgálat
- Külön jogszabály által elrendelt orvos szakértői vizsgálatok és szakvéleményezés

A díjtételeket a Szabályzat 1. számú melléklete tartalmazza.

C. Munkakör alkalmassági vizsgálatok

A díjtételeket a Szabályzat 1. számú mellékletének 7. pontja és 2. számú mellékletének 9. pontja határozzák meg.

19. Ha az OEP finanszírozás alapján ellátandó, vagy ellátásban részesülő beteg mindenképpen ragaszkodik ahhoz, hogy meg akarja fizetni az ellátás költségét, tájékoztatni kell őt a Szent Imre Kórház Fejlesztési Alapítványa javára történő adományozás lehetőségéről.
20. A nem az Alapítvány számlájára befizetett, vagy a tb. támogatott ellátások után jogellenesen fizettetett pénzt a betegnek vissza kell fizetni. Ugyanez vonatkozik az el nem végzett, de a beteggel megfizettetett, valamint az intézménynek más forrásból megtérülő költségekre is.
21. A beteg kérésére az egészségi állapota által nem indokolt, az intézmény e célra kijelölt részlegében biztosított magasabb színvonalú elhelyezés, ha a feltételek rendelkezésre állnak, és nem érinti az ellátás szakmai színvonalát, a 2. számú mellékletben meghatározott díj megfizetése mellett vehető igénybe.
22. A beteg kérésére egyéb kényelmi szolgáltatások, ha a feltételek rendelkezésre állnak, és nem érintik az ellátás szakmai színvonalát, a teljes összegű díj felszámlázása és megfizetése mellett vehetők igénybe.

RÉSZLEGES TÉRÍTÉS

„R” térítési kategória

23. A tb. jogosultsággal rendelkező betegek részleges térítési díj előzetes megfizetése mellett vehetnek igénybe egyes jogszabályban meghatározott egészségügyi szolgáltatásokat, melyekre vonatkozóan „Szolgáltatási szerződést” (FNY 655, FNY 655/1) kell kötni. A szolgáltatásokat és a fizetendő díjakat az 1. számú melléklet tartalmazza.

24. A tb. jogosultsággal rendelkező betegek a járóbeteg-ellátás során olyan szolgáltatásokat is igénybe vehetnek, amelyek árához az egészségbiztosító támogatást nyújt (gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, különböző gyógyászati ellátások, illetve meghatározott feltételek esetén az ellátás igénybevételével felmerült utazási költségek). Az esetleg szükséges engedély beszerzése a beteg feladata, a kezelőorvos a kérelem összeállításához szakmai segítséget nyújt.

25. A beutaló-köteles, de beutaló nélkül, illetve a beutalási rendtől eltérően nem a beutalón megnevezett egészségügyi szolgáltatónál igénybevett ellátások során – a sürgős szükség eseteit kivéve – részleges térítési díjat kell fizetni. (1. számú melléklet)

A beteg orvosi beutaló nélkül akkor kezdeményezheti a járóbeteg vagy a fekvőbeteg gyógyintézeti ellátást, ha azt feltételezi, hogy egészségi állapota az azonnali ellátást indokolja és a beutalásra jogosult orvos felkeresése az ellátást jelentősen késlelteti. A Kórházban a beteg vizsgálatát követően kell döntenie az azonnali ellátás szükségességéről.

Amennyiben a vizsgálat megállapítása szerint a beteg állapota nem indokolja az azonnali ellátást, a beteget a beutalásra jogosult orvoshoz kell irányítani. Ha a beteg ennek közlése ellenére is kezdeményezi az azonnali ellátást, tájékoztatni kell az orvosi beutaló nélkül indokolatlanul igénybe vett ellátásért fizetendő részleges térítési díjról.

26. A beutaló köteles, de beutaló nélkül, illetve a beutalási rendtől eltérően igénybevett ellátások során szükséges más szakellátást is – a sürgős szükség eseteit kivéve – csak részleges térítési díj előzetes megfizetésével lehet igénybe venni.

27. A laborvizsgálatok és a képalkotó diagnosztikai eljárások a 9/1993. (IV.2.) NM rendelet 2. számú mellékletében külön jelzéssel ellátott, továbbá a járóbeteg szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvben meghatározott esetekben kizárólag a járóbeteg szakellátás vagy a fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás szakorvosának beutalójával vehetők igénybe.

A háziorvosi beutaló nélkül kezdeményezett esetekben a laborvizsgálatok és a képalkotó diagnosztikai eljárások TB támogatással, részleges térítéssel a fentiek szerint kiállított szakorvosi beutalóval sem vehetők igénybe. A szakambulancia szakorvosa szakmailag indokolt esetben beutalhatja a beteget laborvizsgálatra, képalkotó diagnosztikai eljárásra, aki ebben az esetben a vizsgálatok elvégzése előtt meg kell, hogy fizesse a 4-es térítési kategória alap díjkategóriája (2. számú melléklet) szerint meghatározott térítési díjat.

Ugyanez vonatkozik a VIP ellátás profiljain történő járó- és fekvőbeteg-ellátás igénybevételére, amely esetén meg kell fizetni a 3. számú mellékletben meghatározott díjakat.

28. Fekvőbeteg gyógyintézeti ellátásnak a beutalási rendtől eltérő igénybevétele esetén részleges térítési díj fizetendő ezen Szabályzat 1. számú mellékletében meghatározottak szerint.

29. Az 1997. évi LXXXIII. tv. 23. § h) pontja alapján ápolási osztályon orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás részleges térítési díj megfizetésével vehető igénybe.

30. OEP által finanszírozott ellátás igénybevételekor, amennyiben a beteg kérésére az ellátást végző orvos eltér a finanszírozási, illetve vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól, és ez többletköltséget okoz, a beteg az okozott többletköltség mértékéig terjedő részleges térítési díj megfizetésére köteles. A többletköltség elfogadásáról a beteg a beavatkozást megelőzően köteles nyilatkozni. A díjszámítás alapját az OEP finanszírozásban érvényes díjtételek és szabályok képezik.

31. Részleges térítési díj megfizetése mellett a beteget orvos választási jog illeti meg, ennek keretében joga van a Kórház munkarendje szerint a beteg ellátására beosztott orvos helyett másik orvost választani, ha ezt a választást a beteg egészségi állapota által indo-

kolt ellátás szakmai tartalma és az ellátás sürgőssége nem zárja ki. Az „Orvosválasztási nyilatkozat”-ot (FNY 655/2) 3 példányban kell kitölteni. A beteg által fizetendő díjat az 1. számú melléklet tartalmazza. A terhes-gondozás és a szülészeti ellátás során az orvos megválasztásáért nem kell részleges térítési díjat fizetni.

A részleges térítési díj ellenében a beteg olyan orvost is választhat, aki a Kórházzal nem áll munkaviszonyban, feltéve, hogy a választott orvos hajlandó a kórházzal ún. „Önkéntes segítői szerződést” kötni, és a beteg kezelését felvállalni, valamint a kórház is hajlandó a választott orvossal szerződést kötni.

32. Amennyiben a beteg él az orvosválasztás lehetőségével, és emellett más okból is térítési díjat kellene fizetnie (mert beutaló nélkül, vagy a beutalótól eltérően veszi igénybe a fekvőbeteg gyógyintézeti kezelést), csak az orvosválasztásra eső térítési díjat kell megfizetnie.
33. A beteg kérésére egyéni igényei szerint nyújtott étkezés, ha a feltételek rendelkezésre állnak, és orvos szakmai szempontból nem érinti az ellátás színvonalát, az okozott többletköltség mértékéig terjedő részleges térítési díj megfizetése mellett biztosítható.

KÖZPONTI KÖLTSÉGVETÉSBŐL NYÚJTOTT TÁMOGATÁSSAL VEHETŐK IGÉNYBE

34. Nem az egészségbiztosítás keretében járnak a következő felsorolásban szereplő ellátások, azokhoz az állam nyújt támogatást:
- a magyarországi lakóhellyel rendelkező várandós és gyermekágyas anya részére nyújtott ellátások, illetve ennek részeként kezdeményezett további járóbeteg szakellátások
 - az állami érdekből végzett orvos-biológiai kutatás során támogatott ellátások, illetve ennek keretében kezdeményezett további járóbeteg szakellátások
 - a halott-vizsgálati eljárások
 - vérellátás
 - a népegészségügyi és a katasztrófa-egészségügyi ellátás, illetve ezek keretében kezdeményezett további járóbeteg szakellátások
 - térítésmentesen járó kötelező védőoltások
 - ritka, kiemelkedő költségigényű, a központi költségvetésben e célra elkülönített keretből finanszírozott ellátások

NEM ÁLLAMI TÁMOGATÁSBÓL FINANSZÍROZOTT EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK

35. Az ebbe a körbe tartozó egészségügyi ellátás költségeit se a társadalombiztosítás, se az állam nem téríti, azt vagy a munkáltató, vagy a beteg fizeti meg, célszerűen valamely öngondoskodásra épülő külön biztosítás alapján:
- foglalkozás egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem foglalkozási megbetegedés vagy üzemi baleset következtében váltak szükségessé, illetve ezek keretében kezdeményezett további járóbeteg szakellátások
 - munkahigiénés szűrő és ellenőrző vizsgálatok, illetve ezek keretében kezdeményezett további járóbeteg szakellátások

- azok a munkáltatók, amelyek nem tartanak fenn foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást külön szerződés alapján, továbbá a munkaügyi központok, önkormányzatok, és szakképző intézetek a külön jogszabályban meghatározott vizsgálatok elvégzése érdekében az 1. számú mellékletben felsorolt díjakat fizetik a Kórháznak
- külön jogszabály által elrendelt orvos szakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha azokra társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre jogosultság megállapítása céljából kerül sor
- hivatásos sportolók egészségügyi ellátása
- különösen veszélyes (extrém) sportolás, szórakoztató szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások, illetve ezek keretében kezdeményezett további járóbeteg szakellátások.

V/C. A 4-ES TÉRÍTÉSI KATEGÓRIÁBA TARTOZÓ BETEGEK DÍJFIZETÉSI KÖTELEZETTSÉGE

36. A járó- és a fekvőbeteg ellátásban nyújtott szolgáltatásokért fizetendő, a szolgáltató saját hatáskörében megállapított, a fenntartó Fővárosi Önkormányzat által jóváhagyott térítési díjak alkalmazása e Szabályzat alapján történik. A díj kiszámítása módszereit tekintve az OEP teljesítmény szerinti finanszírozási rendszerére épül.

Sürgős szükség, illetve veszélyeztető állapot fennállása vagy gyanúja esetén az ellátást térítési kategóriától függetlenül nyújtani kell, a nyújtott egészségügyi szolgáltatásért utólagos díjfizetést lehet előírni. Ez esetben a térítési kategória igazolására és a nyilatkozatok aláírására csak akkor kerülhet sor, ha azt a beteg állapota lehetővé teszi.

A csak beutalás alapján igénybe vehető szolgáltatásokat – a sürgős szükség esetét kivéve - a 4-es térítési kategóriába tartozó beteg is csak az arra jogosult szakorvos beutalójával veheti igénybe.

FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS TÉRÍTÉSI DÍJAI 4-ES TÉRÍTÉSI KATEGÓRIÁBA TARTOZÓ BETEGEK ESETÉN

37. **Aktív minősítésű profilon, osztályon történő fekvőbeteg szakellátás** esetén az ellátási díj alapja az adott eset HBCS szerinti besorolása. A súlyszámot (kiegészítő HBCS pontokra jogosultság esetén az alap és a kiegészítő HBCS súlyszámok összegét) meg kell szorozni a súlyszám egységárával (2. sz. melléklet), így kapjuk meg a normatív napi történő aktív ellátásért fizetendő összeget.

Normatív nap feletti ellátás esetén a normatív nap feletti ápolási napokra a mellékletben meghatározott napi ápolási díjat kell fizetni. Ápolás szempontjából a felvétel és a távozás napja együtt egy napnak számít.

Szülés esetén az újszülött ellátása önálló ellátási eseménynek minősül, és külön számlázandó.

A beteg más profilra, osztályra áthelyezése és gyógykezelése önálló ellátási eseménynek minősül, és külön számlázandó.

24 órán belüli ellátás esetén, ha a HBCS-hez rendelt minimum ápolási nap nem nagyobb 1-nél és ténylegesen 24 órán belül megtörtént az ellátás, a 2. számú mellékletben erre az esetre meghatározott egységárat kell alkalmazni. Más 24 órát meg nem haladó

esetben, kivéve a 12 órán belüli ellátás eseteit, a járó-beteg ellátásra meghatározott díjtételeket és számítási módszert kell alkalmazni.

12 órán belüli ellátás esetén a 2. számú mellékletben erre az esetre meghatározott egységárat kell alkalmazni. Más 12 órát meg nem haladó esetben a járóbeteg ellátásra meghatározott díjtételeket és számítási módszert kell alkalmazni.

Amennyiben az ellátás fix díjas (az OEP által biztosítottak és jogosultak részére is csak a szolgáltató hatáskörében megállapított fix díjak megfizetésével vehető igénybe), úgy az ellátáshoz tartozó, e szabályzat 2. sz. mellékletében felsorolt díjakat kell figyelembe venni.

A HBCS alapján nem térített egészségügyi ellátás költségét a 39. pontban a járóbeteg-ellátásra meghatározott módon külön fel kell számítani.

Kísérő személy beteggel együtt történő elhelyezése esetén a magasabb komfortfokozatú kórtermi elhelyezés 2. sz. melléklet szerinti megfelelő napi díját a kísérő részére is felszámítjuk.

Amennyiben a szolgáltatást a Kórház vele szerződött más intézet, szervezet közreműködésével nyújtja, az ellátás költségeit jelen szabályzatban meghatározottak alapján a Kórház számlázza a szolgáltatást igénybevevő, vagy a költségeket átvállaló részére. A szolgáltatást nyújtó szervezettel a Kórház az érvényes szerződés alapján elszámol.

Az ellátás során idegen nyelvtudás szükségessége esetén idegen nyelvi felárat számolunk fel (2. sz. melléklet).

Idegen nyelvű dokumentáció szükségessége esetén a 2. számú mellékletben meghatározott felárat számoljuk fel.

A HBCS alapján nem térített ágyakon igénybevett magasabb komfortfokozatú kórtermi elhelyezést külön fel kell számlázni a 46., 47., 48., 49. pontokban foglaltak és a 2. számú mellékletben meghatározott díjak figyelembe vételével.

24 órán belüli elhalálozás esetén, ill. a boncolásért fizetendő díj megegyezik azzal, mint ha OEP által térített ellátás volna. A további díjakat az 2. számú melléklet tartalmazza.

Az egészségügyi szolgáltatáshoz kapcsolódóan egyszeri adminisztrációs költség kerül felszámításra (2. sz. melléklet)

- 38. Krónikus osztályon történő ápoláskor** a teljesített ápolási napokra egységes napi ellátási díj fizetendő, a 2. sz. melléklet szerint. A felvétel és a távozás napja együtt egy nap.

Az ellátás során idegen nyelvtudás szükségességekor felárat számolunk fel. (2. sz. melléklet)

Idegen nyelvű dokumentáció szükségességekor felárat számolunk fel. (2. sz. melléklet)

A térítéssel igénybe vehető ágyakon a magasabb komfortfokozatú kórtermi elhelyezést külön felszámlázzuk (2. számú melléklet). A felvétel napja minden esetben külön napnak számít. A távozás napja külön napnak számít abban az esetben, ha a távozás az adott napon délelőtt 10 óra után történik.

Az egészségügyi szolgáltatáshoz kapcsolódóan egyszeri adminisztrációs költség kerül felszámításra (2. sz. melléklet)

- 39. A számlakészítés** alapbizonylata a kezelőorvos, vagy a vizsgálatot, beavatkozást vezető által hitelesített „ADATLAP fizető fekvőbetegek ellátásáról számlakészítéshez” c. FNY260/1 számú formanyomtatvány, mely számítógéppel is kitölthető. A kitöltött adatlap egy példánya a betegdokumentációban megőrzendő, két példányát pedig a számla elkészítése céljából az ellátást végző szervezeti egység a Pénzgazdálkodási Osztálynak

kinyomtatott formában megküldi. Az adatlap a számlához csatolva számlarészletezésként is felhasználható.

A beteg más kórházi fekvőbeteg ellátó egységébe áthelyezése esetén az ADATLAP egy példányát át kell adni a betegét átvevő egységnek is.

A HBCS besorolást a kezelőorvos végzi el a diagnózisok és a beavatkozások alapján. Amennyiben az ellátás fix díjas, úgy az ellátás megnevezését és a fix díjat kell az adatlapon feltüntetni.

Az előzetes betegtájékoztató és az adatlap kitöltése során – igény esetén, különös tekintettel a külföldi betegekre – a betegmenedzser nyújthat segítséget.

JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS ÉS DIAGNOSZTIKAI SZOLGÁLTATÁS TÉRÍTÉSI DÍJAI 4-ES TÉRÍTÉSI KATEGÓRIA ESETÉN

40. A járóbeteg szakellátáson és diagnosztikai munkahelyen egészségügyi szolgáltatást járóbetegként igénybe vevő betegnek tételes elszámolás alapján kell térítési díjat fizetni. A Sürgősségi Betegellátó Egységben végzett járóbeteg ellátást akkor is meg kell fizetni, ha utána fekvőbeteg felvételre kerül sor.

A térítési díj számításának alapja az ellátás során elvégzett, az Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása (OENO) jegyzékében szereplő tevékenységek (vizsgálatok, beavatkozások) pont értéke. A tevékenységlistát és a hozzátartozó pontértéket a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet tartalmazza.

Egy pontszám térítési díjkategóriánkénti Ft értékét, valamint a beavatkozási típusok térítési díjkategóriába besorolását a 2. sz. melléklet tartalmazza.

Az egészségügyi szolgáltatásokért fizetendő ár a felsorolt szolgáltatási tételek pontszámiai és az adott beavatkozás térítési díjkategóriája alapján megállapított egységár szorzataként képzett árak összeadásával állapítható meg. Amennyiben az ellátás fix díjas, úgy az ellátás megnevezését és a szolgáltató (Kórház) által megállapított fix díjat kell az adatlapon feltüntetni.

Amennyiben a szolgáltatást a Kórház vele szerződött más intézet, szervezet közreműködésével nyújtotta a járóbeteg részére, az ellátás költségeit a szolgáltatást nyújtó szervezet és a Kórház között érvényben levő szerződés rendelkezéseinek figyelembe vételével kell számlázni.

Az ellátás során felhasznált egészségügyi szakanyagok költségét bruttó kereskedelmi áron fel kell számítani.

Az ellátás során idegen nyelvtudás szükségessége esetén idegen nyelvi felárat számolunk fel. (2. sz. melléklet).

Idegen nyelvű dokumentáció szükségességekor felárat számolunk fel. (2. sz. melléklet)

Az egészségügyi szolgáltatáshoz kapcsolódóan egyszeri adminisztrációs költség kerül felszámításra (2. sz. melléklet)

41. **A számla készítésének** alapbizonylata az „ADATLAP fizető járó betegek ellátásáról számlakészítéshez” c. FNY260, vagy a számítógéppel kitöltött FNY 260/2 számú formanyomtatvány, a kezelőorvos, vagy a vizsgálat illetve beavatkozás vezetője által hitelesítve. Az adatlapot két példányban a számla elkészítése céljából az ellátást végző szervezeti egység a Pénzgazdálkodási Osztálynak küldi meg. Az adatlap a számlához csatolva számlarészletezésként is felhasználható.

Amennyiben a beteg fekvőbetegként felvételre került, az adatlap egy példányát a fekvőbeteg dokumentációban is meg kell őrizni. A díjak számlázása történhet a fekvőbeteg el látás térítési díjaival együtt.

42. Az előzetes betegtájékoztató és az adatlap kitöltése során – igény esetén, különös tekintettel a külföldi betegekre – a betegmenedzser nyújthat segítséget.

V/D. HALOTT ELLÁTÁSSAL KAPCSOLATOS KÖLTSÉGEK

43. A Fővárosi Önkormányzat főpolgármester-helyettese által a 80-296/2004 sz. levélben kiadott irányelvek szerint kórházunk halott hűtési díjat számít fel. Az első 8 munkanapig egységes a fizetendő díj, a 9. munkanaptól kezdve napi hűtési díjat számolunk fel a 2. sz. *melléklet* szerint (FNY555 Pénztári értesítő halott hűtési átalány – díj befizetéséhez).

V/E. ADATSZOLGÁLTATÁSSAL KAPCSOLATOS RENDELKEZÉSEK

44. Az adatszolgáltatás terén igénybe vehető szolgáltatásokat és a térítési díjakat a 2. sz. *melléklet* részletesen taglalja.
45. Az adatszolgáltatással kapcsolatos adatvédelmi feladatokat az Adatvédelmi Szabályzat előírásai szerint kell végezni.

V/F. VIP ELLÁTÁS, MAGASABB KOMFORTFOKOZATÚ KÖRTERMI ELHELYEZÉS BIZTOSÍTÁSA

46. A Kórházban térítési díj ellenében a VIP I. és VIP II. profilokon VIP egészségügyi ellátás, valamint magasabb komfortfokozatot biztosító körtermi elhelyezés biztosítására van lehetőség. Az igénybevétel feltételeit és a fizetendő díjakat a 3. számú *melléklet* tartalmazza.
47. A magasabb komfortfokozatú körtermi elhelyezés biztosítására a Kórház más ápolási egységeiben is van lehetőség. A beteg saját kérésére a rendelkezésre álló körtermek befogadóképességének függvényében 1 vagy 2 ágyas fürdőszobás, illetve a VIP részlegeken apartmanban történő elhelyezést vehet igénybe. A felvétel napja minden esetben külön napnak számít. A távozás napja külön napnak számít abban az esetben, ha a távozás délelőtt 10 óra után történik.

A térítéssel igénybe vehető körtermeket főigazgatói utasítás határozza meg.

48. A magasabb komfortfokozatot biztosító körtermi elhelyezés igénybe vételére a beteggel, vagy hozzátartozójával szerződést kell kötni az FNY171/1, ill. az FNY171/2 formanyomtatványon. Az esetleg fel nem használt ellátás díját 30 napon belül a szolgáltató visszatéríti az igénybevevő részére (FNY 587 Befizetett szolgáltatási díj visszatérítése).
49. A magasabb komfortfokozatot biztosító körtermi elhelyezést biztosított és nem biztosított beteg egyaránt igénybe veheti. Térítési díjait a 2. sz. *melléklet* tartalmazza. Az intézet VIP részlegein végzett térítéses betegellátás térítési díjait a 3. számú *melléklet* tartalmazza.

V/G. TÉRÍTÉSI DÍJAKKAL KAPCSOLATOS MÉLTÁNYOSSÁGI (MÉRSÉKLÉSI, ILLETVE ELENGEDÉSI) JOGKÖRÖK SZABÁLYOZÁSA

50. Az Egészségbiztosítási Alap terhére nyújtott támogatások körében a beteg jövedelmi viszonyai és különböző orvos szakmai indokok mérlegelése alapján lehetőség van arra, hogy az OEP méltányosságból átvállalja az orvosi ellátásért a beteg által fizetendő díjat, vagy annak egy részét, amelyet a beteg csak részleges térítési díj megfizetésével vehetne igénybe.
51. Az 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) 26. §-a (1) bekezdésének a) pontja alapján a biztosított által részleges térítési díj megfizetése mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás térítési díja, vagy annak egy része méltányosságból akkor vállalható át, ha azt a biztosított a Regionális Egészségbiztosító Pénztárral (REP) szerződéses jogviszonyban álló egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe.
52. A méltányossági alapú támogatás igénybevételéhez a beteg vagy közeli hozzátartozójának lakóhely szerint illetékes egészségbiztosítási pénztárhoz az ellátás megkezdését megelőzően benyújtott írásos kérelme szükséges, melyhez csatolni kell az ellátás szakmai indokoltságát igazoló orvosi dokumentumot, az ellátást, beavatkozást végző szolgáltató nyilatkozatát, hogy vállalja és szakmailag indokoltnak tartja a beavatkozást, a várható költségekre vonatkozó árajánlatot, a beteg és vele közös háztartásban élő családtagjai jövedelmére vonatkozó nyilatkozatot.
- A döntésről a beteget és a szolgáltatót is értesíti az OEP. A kérelem elfogadása esetén az átvállalt térítési díjat a beavatkozás elvégzése után a zárójelentés és a költségekről szóló számla ellenében az OEP a Kórháznak fizeti ki.
53. Nem lehet méltányosságot gyakorolni a kizárólag beutalóval igénybe vehető ellátás beutaló nélküli igénybevételére, a beutalási rendtől eltérő igénybevételből eredő fizetési kötelezettségekre, a finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendtől a beteg kérésére való eltérés esetén fizetendő többletköltségekre, az egészségügyi intézményben magasabb színvonalú elhelyezésre, vagy az egyéni igény szerinti étkezésre, valamint a szakmai szempontok figyelembe vételével összeállított várólista alapján igénybe vehető ellátásokra sem.
- Az OEP nem vállalhatja át azoknak a szolgáltatásoknak a térítési díját sem, amelyekre a beteg a finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál térítésmentesen jogosult.
54. Az 53. pontban foglaltak alól kivételt képez, amikor az OEP finanszírozás alapján ellátandó, sürgősségi felvételt igénylő beteg a mátrix ápolási egységeiben üres hely hiányában nem helyezhető el, és emiatt kényszerül a magasabb komfortfokozatú kórtermi elhelyezés igénybevételére. Ekkor a magasabb komfortfokozatú kórtermi elhelyezésért nem kell külön fizetnie. A 4-es térítési kategória alapján, valamint más szolgáltatási szerződés alapján szolgáltatást igénybevevő betegekre ez a mentesség nem vonatkozik.
55. A Kórház alkalmazottai a magasabb komfortfokozatú kórtermi elhelyezést térítésmentesen vehetik igénybe.
56. A magasabb komfortfokozatú kórtermi elhelyezést a kórházi alkalmazottak közvetlen hozzátartozói kedvezményes térítési díj fizetésével vehetik igénybe. A kedvezményes díjakat az 2. számú melléklet 16. pontja tartalmazza. Ezen rendelkezés alkalmazását főigazgatói utasítás szabályozhatja.
57. A Kórház alkalmazottai jelen Szabályzat 18. pontja A. alpontjának b) bekezdésében foglalt ellátások igénybevétele esetén díjfizetési kedvezményben részesülnek, a 2. számú

melléklet 7. és 8. pontjához tartozó táblázatok „Alkalmazotti” oszlopainak díjtételei szerint.

58. A művi terhesség-megszakítással kapcsolatos kedvezményezettek körét és az alkalmazható kedvezmény mértékét a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. tv. végrehajtására kiadott 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet 13. § tartalmazza.
59. Kivételesen indokolt esetben a főigazgató (távolléte estén a főigazgatót helyettesítő jogkörében eljárva helyettese) kizárólag jogszabályi felhatalmazás alapján jelen szabályzatban a Kórház által meghatározott díjak tekintetében kedvezményt adhat, ill. a díjfizetést elengedheti (a Szabályzat 53. és 54. pontjaiban meghatározottak figyelembe vételével).
60. Az 1991. évi XX. Törvény 133. § b) pontja és a Fővárosi Önkormányzat Szervezeti és Működési Szabályzatáról szóló 7/1992. (III. 26.) Főv. Kgy. Rendelet 7. számú mellékletének VII. Egészségügyi, Szociális, Gyermekvédelmi Ellátás, Sport cím 1. pontja alapján a külföldi állampolgárok betegellátási díjának mérsékléséről, elengedéséről – átruházott jogkörben – a főpolgármester dönt.

V/H. A TÉRÍTÉSI DÍJAK BEFIZETÉSÉNEK RENDJE, A NEM FIZETÉS MEGELŐZÉSÉNEK MÓDJA, A BEHAJTÁS RENDJE. A KÓRHÁZI DOLGOZÓK RÉSZÉRE FIZETHETŐ ÉRDEKELTSÉGI RÉSZESEDÉS

61. A magyar biztosítással nem rendelkező beteget az ellátás megkezdése előtt az ellátást végző köteles felvilágosítani arról, hogy az ellátásért várhatóan mennyit kell fizetni. A jelen Szabályzat tartalmazza azokat a formanyomtatványokat (FNY049 - több nyelven), amelyből a beteg, az általa ismert nyelven, tájékoztatást kap az ellátás várható költségeiről. A beteg aláírásával tudomásul veszi, hogy a költségeket állnia kell, valamint megjelöli a befizetés módját. A nyomtatványt 2 példányban kell kitölteni a beteg által ismert nyelven, egyik példány a betegé, a másik a betegdokumentáció részét képezi. A nem fizetés megelőzéseként törekedni kell arra, hogy a beteg készpénzzel vagy bankkártyával fizessen. Amennyiben a beteg biztosítója állja a kezelés költségeit, a beteg vagy hozzátartozója vegye fel a kapcsolatot a biztosítóval és kérjen előzetes fedezetbiztosítást, kötelezettségvállalást írásban (faxon) a biztosítótól. A biztosító számára a kötelezettségvállaláshoz szükséges ellátási adatokat az ellátást végző szervezeti egység a beteg vagy hozzátartozója rendelkezésére bocsátja. A kötelezettségvállalásnak a beteg távozása előtt meg kell érkeznie, és ez a dokumentum a betegszámla mellékletét képezi.
62. A beteg távozása előtt a meghatározott adatlapokat („ADATLAP fizető járó, ill. fekvőbetegek ellátásáról számlakészítéshez” c. FNY260 számú formanyomtatvány) értelemszerűen ki kell tölteni. (Az FNY 260/1 és FNY 260/2 számítógéppel kitöltött formanyomtatványok helyettesítik az FNY 260-at) Az adatlapok tartalmáért a hitelesítő felelős. A kitöltött adatlapokat a Pénzgazdálkodási Osztályra kell leadni.

A Pénzgazdálkodási Osztály a beteg ellátásához kapcsolódó adatlapok alapján összesített számlát állít ki, melyet a számla kötelezettje a pénztárban készpénzzel vagy bankkártyával, a Kórházzal a kártyaelfogadásra vonatkozó szerződéses jogviszonyban álló egészségpénztárak által kibocsájtott egészségpénztári kártyával, indokolt esetben postai úton készpénz átutalási megbízással, valamint banki átutalással egyenlíthet ki.

63. A Sürgősségi Betegellátó Egységen ellátott betegek helyben is fizethetnek készpénzzel, bankkártyával, vagy egészségpénztári kártyával, készpénzfizetési számla ellenében. Az adatlapot, valamint a készpénzt illetve a kártyás befizetést igazoló blokkot az ellátást követő munkanapon a Pénzgazdálkodási Osztályra el kell juttatni, melyek alapján a Pénzgazdálkodási Osztály igény esetén utólag számlát állít ki.

64. Ügyeleti időben a Kórház más szervezeti egységeinek betegei is fizethetnek a Sürgősségi Betegellátó Egységen.
65. Az ügyeleti időben sürgősséggel ellátott, 4. térítési kategóriába tartozó betegek esetében az ezen Szabályzat alapján meghatározott díjakat 1000 Ft-ra kell kerekíteni.
66. A befizetett pénz kezelésére vonatkozóan a Kórház Pénzkezelési Szabályzatában foglaltak az irányadók.
67. A költségek megtérítését a beteg helyett más szervezet (például egészségbiztosító pénztár, alapítvány, munkahely stb.) is átvállalhatja. A számlát akkor lehet a beteg helyett a költségátvállaló nevére kiállítani, ha:
- a költségátvállaló szervezet a Kórházzal erre vonatkozó szerződéses jogviszonyban áll, és a beteg hitelt érdemlően igazolni tudja jogosultságát,
 - vagy a beteg rendelkezik a költségeket átvállaló szervezet által kiadott írásos nyilatkozattal a költségek átvállalására vonatkozóan.
68. Az átutalással fizető beteg vagy biztosítója részére a számlát postai úton a Pénzgazdálkodási Osztály küldi el. A fizetési határidő lejártát követően a Pénzgazdálkodási Osztály fizetési felszólítást küld havi gyakorisággal. Amennyiben a számla kötelezettje három felszólítás ellenére sem fizet, illetve a felszólításokra nem érkezik válasz, a pénzügyi behajtást eredménytelennek kell tekinteni, és az anyagot (számla, mellékletek, levelezés, fizetési felszólítások stb.) egy feljegyzés kíséretében másolatban át kell adni a Jogi Irodának további ügyintézésre.
69. A fizetés nélkül távozott beteg részére, amennyiben az FNY 049-es formanyomtatványon aláírásával elismerte, hogy a költségeket állnia kell, a számlát és a fizetési felszólítást a Pénzgazdálkodási Osztály a beteg személyi adatai szerint nyilvántartott címére postai úton küldi el. Ha a fizetési határidőn belül nem érkezik be a pénz, a 68. pontban leírtak szerint kell eljárni.
- A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 4. § (10) bekezdése szerint a Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg sürgősségi ellátása esetén a szolgáltató köteles vizsgálni, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 142. § (2) bekezdés b) és c) pontja szerint nyújtott ellátások költségei behajthatóak-e más forrásból. A szolgáltató Közösségi szabály vagy nemzetközi szerződés alapján jogosult személy esetében kezdeményezi a jogosultság-igazolás kiadását az illetékes külföldi biztosítótól. Ha a külföldi biztosító a jogosultság-igazolás kiadását megtagadja, illetve ha Közösségi szabály, valamint nemzetközi szerződés hatálya alá nem tartozó személy az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, a szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését. A szolgáltató az esetet a beteg adatlapjának megküldésével és a térítési díj megfizetésének, illetve a behajtás eredménytelenségének egyidejű igazolásával a (2) bekezdés szerint pótlólag, legfeljebb a teljesítést követő hatodik hónap 5. napjáig jelentheti a finanszírozó részére. A szolgáltatás kifizetése a (6) bekezdés szerint történik.
70. VIP szolgáltatás, valamint a magasabb komfortfokozatú kórtermi elhelyezés igénybevétele esetén a megkötött szolgáltatási szerződés szerint kell eljárni.
71. A Szent Imre Kórház által kibocsájtott VIP kártya megvásárlása esetén a teljes vagy részleges térítéssel igénybe vehető szolgáltatások a Kártyaszabályzatban részletezett feltételekkel nyújthatók.
72. A nem OEP finanszírozás alapján végzett térítéses betegellátás során a Kórház számlájára ténylegesen beérkezett összegből a Kollektív Szerződés vonatkozó rendelkezései szerint a közreműködők részére érdekeltségi részesedés fizethető. A kifizetést – amennyiben főigazgatói utasítás másként nem rendelkezik – az érintett profilok, osztályok,

ápolási egységek vezetőinek javaslata alapján a gazdasági igazgató (főigazgató gazdasági helyettese) összevontan havonta egy alkalommal engedélyezi.

VI. FEJEZET: ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

73. Jelen Térítési Betegellátási Szabályzat Budapest Főváros Közgyűlése Egészségügyi és Szociálpolitikai Bizottságának jóváhagyásával lép hatályba. A hatálybalépés időpontja a Bizottság döntését követő 30. nap.

A Kórháznak a Fővárosi Közgyűlés Egészségügyi és Szociálpolitikai Bizottsága 210/2009. (június 18.) számú határozatával jóváhagyott Térítési díj szabályzata jelen Szabályzat hatálybalépésével egyidejűleg hatályát veszti.

74. A Szabályzatot szükség szerint - jogszabály, illetve finanszírozási feltételek változása esetén - felül kell vizsgálni. A Szabályzat hatálybalépését megelőzően kötött szolgáltatási szerződések időszakos felülvizsgálata során jelen Szabályzat rendelkezéseit kell alkalmazni.

75. A jelen Szabályzatot a 87/2004. (X. 4.) ESzCsM rendelet 3. § (2) bek. értelmében – mindenki számára hozzáférhető módon közzé kell tenni. A Szabályzat alapján az alkalmazás megkönnyítése, a betegek tájékoztatása érdekében számítógépes alkalmazások, programok, kivonatok, tájékoztatók készíthetők, célszerűen oly módon, hogy azok tartalmukat érintően egy – egy adott szervezeti egység vonatkozásában helyettesíteni tudják a Szabályzat teljes szövegének közzétételét.

VII. FEJEZET: MELLÉKLETEK ÉS FORMANYOMTATVÁNYOK

76. Mellékletek

1. számú: Jogszabály alapján meghatározott térítési díjak

2. számú: A fenntartó önkormányzat jóváhagyásával a szolgáltató hatáskörében megállapított térítési díjak

3. számú: A kórház VIP részlegeiben végzett térítési betegellátás, és ahhoz kapcsolódóan a fenntartó önkormányzat jóváhagyásával a szolgáltató hatáskörében megállapított térítési díjak

77. Kapcsolódó formanyomtatványok

FNY010 Tájékoztató az ellátási költségekről

FNY022/1 Nyilatkozat – TAJ szám utólagos bemutatásáról

FNY049 Felvilágosítás a várható költségekről (Több nyelven)

FNY171/1 Szolgáltatási szerződés - krónikus osztályon magasabb komfortfokozatú kórtermi ellátás igénybe vételére

FNY171/2 Szolgáltatási szerződés - aktív egységen magasabb komfortfokozatú kórtermi ellátás igénybe vételére

FNY260 Adatlap fizető járó betegek ellátásáról számlakészítéshez

FNY260/1 Adatlap fizető fekvőbetegek ellátásáról számlakészítéshez

FNY260/2 Adatlap fizető járó betegek ellátásáról számlakészítéshez

FNY555 Pénztári értesítő halott hűtési átalány – díj befizetéséhez

FNY556 Nyilatkozat EU állampolgár térítésmentes ellátásra jogosultságáról

FNY587 Befizetett szolgáltatási díj visszatérítése

FNY655 Szerződés részleges térítéssel igénybevető szolgáltatásokra

FNY655/1 Megállapodás többlétszolgáltatás térítési díjáról

FNY655/2 Nyilatkozat orvosválasztáshoz

FNY656 Szerződés egészségügyi szolgáltatás nem orvosi indikáció alapján igénybevé-
telére

Budapest, 2010. május 30. -n

