

## TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT

**DÉL-BUDAI EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT KÖZHASZNÚ  
NONPROFIT KFT**



[www.egeszseg22.hu](http://www.egeszseg22.hu)

1. Bevezető
2. A térítési szabályzat célja
3. A térítési szabályzat hatálya
4. Alapelvek
- 4.1 Az egészségügyi ellátásra jogosultak köre
- 4.2 Biztosítási jogosultság igazolása
- 4.3 Külföldön biztosítottak ellátása
- 5.. Sürgősségi ellátás
6. Betegtájékoztatás
7. Fizetési Eszköz
8. Térítési díjak egyedi felülvizsgálatának lehetőségei
9. Térítéses vizsgálatok eseti díjai
- 9.1 Járóbeteg vizsgálatok díjai
- 9.2 Diagnosztikai díjak
- 9.3 Teljes térítés ellenében igénybe vehető vizsgálatok
10. Pénzügyi teljesítés
11. Hatályba lépés
- Melléklet 1.** Szakorovosi díjak
- Melléklet 2.** Diagnosztikai díjak

### **1. Bevezető**

Intézetünk a Dél-budai Egészségügyi Szolgálat Budafok-Tétény Budapest XXII. kerületi Önkormányzat Káldor Adolf Felnőtt Járóbeteg Szakrendelő a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által finanszírozott rendelő. Amennyiben a NEAK nem finanszírozza az Ön ellátását (pl. érvénytelen TAJ kártya, külföldi állampolgár, magyar állampolgár tartósan külföldön él, beutaló köteles rendeléseinkre nem rendelkezik Intézetünknek címzett érvényes beutalóval) a jelen Térítési Szabályzat határozza meg az Ön ellátásának költségeit. A NEAK által nem finanszírozott (tehát saját finanszírozásban kért) vizsgálatok nem jelentenek „soronkívüliséget”. Sürgős ellátás esetén (l. részletesen a 3.5 pontban) az ellátás díjmentes.

## **2.A Térítési Szabályzat célja**

A Térítési Szabályzat azon egészségügyi szolgáltatások térítési kötelezettségeit szabályozza, melyek az Egészségbiztosítási Alapból nem finanszírozódnak, a biztosítással nem rendelkező magyar és külföldi állampolgárok ellátásával kapcsolatban.

A Térítési Szabályzat valamennyi szervezeti egységre nézve rögzíti az egészségügyi ellátások során keletkező térítési díj fizetési kötelezettségét, annak mértékét, befizetésének módját, eljárás rendjét.

Vonatkozó jogszabályok köre:

- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) és a végrehajtására kiadott 217/1997. (XII. 1.) Kormányrendelet (a továbbiakban: Vhr.),
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.),
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről (a továbbiakban: Eüak.)
- 284/1997. (XII.23.) Kormányrendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról,
- 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről
- 52/2006. (XII.28.) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról (a továbbiakban: sürgősségi rendelet).
- 87/2004. (X.04.) EszCsM rendelet a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól
- 1408/71 EGK számú rendelet a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról, valamint az ennek végrehajtásáról szóló 574/72 EGK. számú rendelet

## **3. A Térítési Szabályzat hatálya**

A Térítési Szabályzat hatálya kiterjed a Dél-budai Egészségügyi Szolgálat Közhasznú Nonprofit Kft valamennyi, egészségügyi és nem egészségügyi tevékenységet végző szervezeti egységére, munkatársakra és szakemberekre - a foglalkoztatás, illetve a tevékenység végzésének formájára való tekintet nélkül, továbbá az e szolgáltatásokat igénybe vevő természetes vagy jogi személyekre, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetekre, továbbá ezek képviselőire.

## **4. Alapelvek**

Az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások - a törvény keretei között - az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe. (Ebtv.2.§.)

Az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket. (Ebtv.3.§.)

### 4.1. Egészségügyi ellátásra jogosultak köre:

Biztosított: aki érvényes társadalombiztosítási igazolvánnyal (Társadalombiztosítási Azonosító Jel, továbbiakban TAJ kártyával), illetve Európai Egészségbiztosítási kártyával, vagy az azt helyettesítő nyomtatvánnyal rendelkezik.

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

Biztosítási jogosultság igazolása: a felvételkor a beteg kötelessége az ellátásra való jogosultságát igazolni az ellátást végző munkahelyeken. A biztosítási jogviszony ellenőrzéséhez a beteg a TAJ kártyáját ill. EU-s Egészségbiztosítási kártyáját, személyazonosság megállapításához a magyar hatóságok által kiállított személyazonosságot és lakcímet igazoló okmányait, ill. útlevelét is köteles az egészségügyi ellátó személyzetnek - az NEAK által előírt személyi adatok nyilvántartásához - átadni.

Érvényes TAJ kártyával nem rendelkező, belföldinek nem minősülő, egyszerűsített foglalkoztatás keretében alkalmazott természetes személy részére - az állami foglalkoztatási szerv megkeresésére - az egészségbiztosítási szerv TAJ-t képez, és erről az Igazolás kiadásával értesíti az érintett személyt. Az NEAK az Igazoláson a „kizárólag baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosult”-ot adta meg (nem balesettel összefüggő egészségügyi ellátása térítés köteles, 4-es térítési kategória). Ha a beteg a biztosítását nem tudja igazolni, kitöltésre kerül a T/2.sz. nyomtatvány, „Feljegyzés - Elismervény”, melyen a beteg vállalja, hogy 15 napon belül biztosítási jogosultságát igazolja.

Az egészségügyi szolgáltató az NEAK nyilvántartási rendszeréből 4 jelzést kaphat:

Magyarországon rendezett jogviszonnal rendelkező személyek esetében:

„ZÖLD TAJ érvényes, jogviszonya rendezett” jelzést;

Magyarországon rendezetlen jogviszonnal rendelkezők esetében:

„PIROS TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen” jelzést;

A TAJ-számmal rendelkező külföldön biztosítottak esetében:

„KÉK Külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen” jelzést; illetve egyéb esetekben a

„BARNA TAJ egyéb okból érvénytelen” jelzést

1. A **zöld** „TAJ érvényes, jogviszonya rendezett” jelzés esetében a szolgáltató a beteget az általános szabályok szerint ellátja.

2. A **piros** „TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen” jelzés esetén a szolgáltató a beteget az általános szabályok szerint köteles ellátni. Az ellenőrzést végző szolgáltató az NEAK honlapjáról letölthető értesítést átadja a szolgáltatásra nem jogosult személynek. Ezen értesítés tartalmazza azt a tényt, hogy az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatását igénybe vevő személy az NEAK nyilvántartásában jogosultként nem szerepel, az értesítést (T/4.sz. nyomtatvány) arra, hogy a jogosultság fennállásának tisztázása érdekében keresse meg az ország területén bármely egészségbiztosítási szervet, a jogosultság hiányának jogkövetkezményeiről szóló tájékoztatást, valamint az arra vonatkozó információt, hogy bővebb tájékoztatás az NEAK honlapján érhető el. Az ellátás finanszírozására az általános szabályok szerint kerül sor.

3. A **kék** „Külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen” jelzés esetében a szolgáltató köteles ellenőrizni, hogy az érintett személy rendelkezik-e jogosultság-igazolások valamelyikével (EU- s Egészségbiztosítási Kártya, kártyahelyettesítő nyomtatvány, E 112-es nyomtatvány, HR/HU 111-es nyomtatvány). Amennyiben az említett dokumentumok valamelyike rendelkezésre áll, a szolgáltató az alapján az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet szerint „E” térítési kategóriában tesz jelentést az NEAK felé, a finanszírozásra ez alapján kerül sor. Amennyiben nem áll a beteg rendelkezésére jogosultság-igazolás, és azt az ellátás nyújtását követő 15 napon belül sem mutatja be, akkor a szolgáltató a költségekről előre meghatározott díjtételei szerint számlát állít ki, a 87/2004. (X. 4.) ESzCsM rendelet alapján. Ebben az esetben az NEAK az ellátások költségeit nem finanszírozza. A lejelentése a 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet szerint 4-es térítési kategóriában történik.

A NEAK-al finanszírozási szerződésben álló egészségügyi szolgáltatók kötelesek elfogadni az Európai Egészségbiztosítási Kártyát, illetve a Kártyahelyettesítő nyomtatványt, amennyiben az ellátás orvosilag szükséges volt. **Az orvosilag szükséges ellátás** megítélése minden esetben orvos-szakmai kérdés

4. A **barna** „TAJ egyéb okból érvénytelen” jelzés esetében a szolgáltató a költségekről előre meghatározott díjtételei szerint számlát állít ki, a 87/2004. (X.4.) ESzCsM rend. alapján. Ebben az esetben az NEAK az ellátások költségeit nem finanszírozza, tekintettel arra, hogy a TAJ pl. végleges külföldre település, elhalálozás miatt, vagy technikai okból érvénytelenítésre került. Lejelentése a 43/1999. (III.3.)

Kormányrendelet szerint 4-es térítési kategóriában kerül sor. Az NEAK köteles átadni a jogviszonnal nem rendelkező beteg adatait a Nemzeti Adó és Vámhivatalnak (NAV), mely szerv vizsgálatot kezdeményezhet, és az elévülési időre visszamenőleg behajthatja az elmaradt járulékokat. Az NEAK nyilvántartása szerint jogviszonnal nem rendelkező személynek lehetősége lesz közvetlenül a regionális egészségbiztosítási pénztárnál okirattal igazolni a ténylegesen fennálló – de a nyilvántartásban nem szereplő – jogviszonyát. Ezt követően az egészségügyi szolgáltató rendezettnek fogja látni a beteg jogviszonyát, az elmaradt bejelentést az NEAK bekéri az érintett szervezettől.

#### 4.2. Külföldön biztosítottak egészségügyi ellátása

A külföldön biztosítottak kategóriája nem csak a külföldi állampolgárokat, hanem a külföldön biztosított magyar állampolgárokat is jelenti. Az EU- s Egészségbiztosítási Kártya/kártyahelyettesítő nyomtatvány alapján a magyarországi tartózkodás tervezett idejére és egészségi állapotra tekintettel orvosilag szükséges egészségügyi ellátásokra jogosult az érintett, abban az esetben, amikor az érintett az Európai Gazdasági Térség (EGT) valamely tagállamában<sup>1</sup>, vagy Svájcban rendelkezik biztosítási jogviszonnal. Az EU- s Egészségbiztosítási Kártyát és a kártyahelyettesítő nyomtatványt minden tagállam a saját hivatalos nyelvén állítja ki. Az egészségügyi ellátásokat nyújtó magyar szolgáltató a 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet 21. mellékletét képező E-adatlapon jelenti le (kitöltése kötelező) az ellátást az NEAK felé, (Térítési kategória: „E”, Személyazonosító típus: 3). A Kártyával az ideiglenes tartózkodás alkalmával felmerült, orvosilag szükséges egészségügyi ellátások vehetők igénybe, a tervezett egészségügyi ellátások igénybevételére a Kártya nem szolgál. 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. **Az orvosilag szükséges ellátás megítélése minden esetben orvos-szakmai kérdés!** Amennyiben az igényelt ellátást – a beteg állapotára való tekintettel – nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a szolgáltatónak figyelembe kell vennie, hogy az illető személy milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni. Amennyiben az illető személy nem rendelkezik az EGT állampolgárok, illetve családtagjaik részére kiadott tartózkodási kártyával/regisztrációs igazolással, csak azon szolgáltatások nyújthatók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. Egyéb esetekben a tartózkodási kártya/regisztrációs igazolás, illetve az EU- s Egészségbiztosítási Kártya/kártyahelyettesítő nyomtatvány érvényességének lejárta kell figyelembe venni. Az Európai Bizottság vonatkozó határozatai szerint orvosilag szükséges ellátásnak minősül az oxigénterápia, a dialízis-kezelés, illetve a terhességgel és szüléssel kapcsolatos ellátások. Az orvosilag szükséges egészségügyi ellátásokat az egyenlő elbánás elve szerint ugyanolyan feltételekkel kell az EGT-tagállambeli biztosított számára nyújtani, mint egy magyar biztosítottnak. A vényköteles gyógyszerek a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök az érvényes szabályok alapján kerülnek felírásra, a felmerült orvosilag szükséges ellátás esetén, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. A közösségi szabály és a nemzetközi egyezmény hatálya alá tartozó beteg esetében a vényen fel kell tüntetni a beteg születési dátumát (év/hó/nap), az ország kódját, az ellátás alapjául szolgáló formanyomtatvány betű- és számjelét, a beteg külföldi biztosítási/azonosító számát is. A szakorvosi javaslat kiadásánál is a 3 hónap az érvényesség!

Az EU Kártyával rendelkező külföldi biztosítottnak abban az esetben kell fizetnie:

- amennyiben nem volt ún. orvosilag szükséges az egészségügyi ellátás, hanem előre tervezhető, elektív ellátást vett igénybe;
- **Tervezett (gyógykezelési szándékú hazautazás esetén) ellátást** a külföldi biztosító által kiadott **előzetes engedély (S2) alapján** lehet igénybe venni. Az engedély kiadásának feltételeiről az illetékes – külföldi – biztosító nyújt felvilágosítást. Az engedélyt tartalmazó igazolás felhasználása érdekében a beteg és a szolgáltató közötti előzetes egyeztetés szükséges.
- Amennyiben egy EGT tagállam területén dolgozó, és ott biztosított magyar állampolgárnak **Magyarországon van az állandó lakóhelye**, akkor az illetékes – külföldi – biztosító által kiállított **igazoló nyomtatvány (S1) alapján**, Magyarországon is **teljes körű** természetbeni egészségügyi ellátásra jogosult.
- Az igazoló nyomtatványt a külföldi biztosító küldi meg a lakóhely szerint illetékes egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervnek. A jogosultság bejegyzését követően a külföldi biztosított a magyar TAJ-szám alapján veheti igénybe az ellátást Magyarországon. A igazolás kiállításának feltételeiről az illetékes – külföldi – biztosító nyújt felvilágosítást.

B) E 112-es nyomtatvány alapján, a nyomtatványon jelzett gyógykezelésre, illetve amennyiben konkrét gyógykezelés nincsen megjelölve, teljes körű egészségügyi ellátásra jogosult az érintett személy.

<sup>1</sup> **Az EGT tagállamai:** Ausztria, Belgium, Bulgária, Ciprus, Cseh Köztársaság, Dánia, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Horvátország, Írország, Izland, Lengyelország, Lettország, Liechtenstein, Litvánia, Luxemburg, Málta, Nagy-Britannia, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Svédország, Szlovákia, Szlovénia

Az EGT-tagállamban biztosított személy tervezett ellátást Magyarországon az E 112-es nyomtatvány alapján veheti igénybe, az érvényességi időn belül bármilyen egészségbiztosítási szolgáltatásra jogosult a beteg, és azt a szolgáltató előzetes egyeztetés alapján köteles nyújtani. Az NEAK felé történő lejelentés az E-adatlapon történik. A Kártya / kártyahelyettesítő nyomtatvány és az E 112-es nyomtatvány alapján igénybe vett ellátások költségeit az NEAK a magyar finanszírozási mértéknek megfelelően téríti meg a szolgáltató részére. A külföldi biztosított irányelv szerint történő egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot amennyiben adott országban a tervezett külföldi gyógykezelés igénybevétele nem előzetes engedélyezési eljáráshoz kötött, úgy a külföldi személy a személyazonosításra alkalmas okmány bemutatásával, valamint a külföldi biztosító által kiállított olyan dokumentum, amely hitelt érdemlő módon igazolja az egészségügyi ellátás igénybevételét Magyarországon. Továbbá amennyiben a magyarországi ellátás igénybevétele beutalóhoz kötött, úgy azzal a külföldről érkező személynek is rendelkeznie kell az ellátás beazonosítására alkalmas beutalóval az ellátás igénybevételének időpontjában.

Ellátás igénybevételéhez szükséges igazolások:

Személyazonosságot igazoló okmány és EGT tagállamban fennálló biztosítást igazoló biztosítási kártya vagy nyomtatvány.

Az ellátás költségeit a külföldi fizeti meg. A díj megállapítása a közfinanszírozásban alkalmazott országos alapdíj és a pontérték szorzata (az elszámolási nyilatkozat értéke).

A teljesítés jelentése az NEAK felé:

Térítési kategória

T = uniós beteg részére magyar egészségügyi szolgáltató által határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett ellátás (bejövő beteg)

Az alább felsorolt országok állampolgárai útlevél felmutatása ellenében a sürgősségi ellátásokat vehetik igénybe: Angola, Azerbajdzsán, Belorusszia, Grúzia, Észak-Korea, Irak, Jordánia, Kazahsztán, Kirgizisztán, Koszovó, Kuba, Kuvait, Macedónia, Mongólia, Moldávia, Oroszország, Örményország, Szerbia, Tádzsikisztán, Türkmenisztán, Ukrajna, a sürgősségi ellátásokat a magyar szolgáltatók a 43/1999. K.r. értelmében „3-as” térítési kategóriában, (Személyazonosító típus: 3) jelenthetik le.

A jogosultság-igazolással nem rendelkező személynek fizetőköteles egészségügyi ellátása. Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a magyar társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátására a 87/2004. (X.4.) ESzCsM rend. alapján kerül sor. A szolgáltató az ellátás költségeiről saját, előre meghatározott díjtételei alapján számlát állít ki a beteg részére. Az NEAK-felé a szolgáltató az ellátást a „4-es” térítési kategóriában jelenti le. A holland -világkártyával Magyarországon igénybe vett ellátások esetén az egészségügyi szolgáltató saját hatáskörben megállapított díjat számítja fel, és az ellátást a „4-es” térítési kategóriában jelenti le. Egyéb biztosítás alapján: a bevándoroltak, menekültként elismertek, hontalanok, letelepedési engedéllyel rendelkezők (letelepedettek), valamint olyan külföldiek (állampolgárságtól függetlenül), akik a lakóhelyüket Magyarországra helyezték át, a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal által kiállított igazolvánnyal kötelesek a biztosított mivoltukat igazolni. Ha rendelkeznek az NEAK által kiadott TAJ számmal, akkor a biztosított betegekkel azonos módon kell eljárni. Ha még nem rendelkeznek az NEAK által kiadott TAJ számmal, akkor a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal által kiállított igazolvánnyal vehetik igénybe az egészségügyi ellátást. Ez esetben a térítési kategóriák a következők lehetnek: 2: magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása, 5: magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása, A: befogadott külföldi állampolgár, D: menekült, menedékes státuszt kértem. A fenti négy esetben a „Személyazonosító” (TAJ) helyére a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal által kiállított igazolvány számát kell beírni, és a Személyazonosító típus: 5. Igazolvány hiányában a beteg térítésre kötelezett, mivel a biztosítását nem tudja igazolni (4-es térítési kategória). Külföldön élő magyar nemzetiségiek központi költségvetésből támogatott ellátása a Segítő Jobb Alapítványon keresztül történik, a „Segítő Jobb Alapítvány” beutalójával, az alapítvány által elfogadott ellátási díj mértékéig. Térítési kategória: 9-es, Személyazonosító típus: 5

## 5. Sürgősségi ellátás

Sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet az 52/2006. (XII.28.) EüM. rendelet melléklete alapján (T/6.sz.melléklet) - részletesen meghatározott - az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében – a beteg állapotának stabilizálásáig / fekvőbeteg-ellátásban – végeznek, illetve a diagnózis felállításától a tisztázott kórállapot első alkalommal történő szakszerű ellátásáig.

Sürgős szükség esetében minden orvosi rendelőben (házi orvosi rendelőben, gyermekorvosi rendelőben, magánorvosi rendelőben stb.), járóbeteg intézetben (rendelőintézetben, gondozóintézetben stb.) és kórházban

az ott megjelent beteget haladéktalanul a szükséges és lehetséges orvosi ellátásban kell részesíteni. Ugyanakkor nem tartozik a sürgősségi ellátás körébe a beteg későbbi, kontroll vagy kiegészítő vizsgálata.

## 6. Betegtájékoztató

Valamennyi egészségügyi szolgáltató a részleges, a kiegészítő és teljes térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatásai jegyzékét „Térítési Szabályzat” az ellátó helyen jól látható módon kifüggeszti. A kezelés előtt a beteggel a várható térítési díjakat ismertetni kell. A tájékoztató összegről a beteg aláírásával kötelezettséget vállal és a betegdokumentációban meg kell őrizni.

Amennyiben a térítési díjakat a beteg nem fogadja el, a kezelés vonatkozó része nem kezdhető meg. Diagnosztikai vizsgálatok esetén a kért vizsgálatok eredményétől függő (szakmai szabályok szerinti) további kiegészítő vizsgálatok térítési díját az eredmények kiadása előtt a betegnek meg kell téríteni.

A sürgősségi ellátás igénybevételének térítés-mentességét, a beteg vizsgálatát és ellátását követően kell megállapítani.

Amennyiben a beteg az adott ellátásra nem térítésmentesen jogosult, a térítési díj rendezendő.

A szolgáltató egyes ellátások elvégzését - amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását – várólista/betegfogadási lista alapján teljesíti, amennyiben tartós kapacitás hiány van. A betegfogadási listára történő felkerülést a beteg, a beteg beleegyezése esetén háziorvosa vagy kezelőorvosa kezdeményezheti személyesen, telefonon vagy elektronikus úton. Az előzetes időpont egyeztetés nem minősül gyógyító, illetve diagnosztikai célú találkozásnak. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a beavatkozást - a betegfogadási lista vezetésére vonatkozó szabályok betartásával, szabad kapacitása terhére - előzetes időpont egyeztetés nélkül, az ellátásra történő jelentkezéskor elvégzi, a betegfogadási listára történő felkerülés időpontjaként az ellátásra való jelentkezés időpontját kell feltüntetni. Az alapellátás orvosa szükség esetén a beteget járóbeteg szakellátásra vagy fekvőbeteg gyógyintézetbe utalhatja.

A biztosított beutaló nélkül veheti igénybe a nőgyógyászati, urológiai, fül-orr-gégészeti, szemészeti, általános sebészeti és baleseti sebészeti szakellátást. Egyéb járóbeteg-szakellátások csak beutalóval vehetők igénybe.

Amennyiben a biztosított a járóbeteg-szakellátást nem a beutalóban megnevezett egészségügyi szolgáltatónál szándékozik igénybe venni, úgy kell tekinteni, hogy a biztosított nem rendelkezik beutalóval.

A szakrendelő a területen kívüli beteg ellátását két esetben tagadhatja meg:

- A területi ellátási kötelezettség alá tartozó biztosítottak ellátását veszélyezteti,
- NEAK által szerződött szabad kapacitással nem rendelkezik az adott szolgáltatás tekintetében.

Ha a gyógyintézet orvosa a gyógyintézet szolgáltatásait meghaladó vizsgálat szükségességét állapítja meg, a beteget átutalja a vizsgálatok illetőleg a gyógykezelés elvégzéséhez megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szakellátást végző intézetbe.

## 7. Fizetési eszköz

A Szabályzatban feltüntetett térítési díjak magyar forintban (HUF) értendők, más külföldi valuta semmilyen esetben sem fogadható el. A fizetés készpénzben vagy bankkártyával teljesíthető.

## 8. A térítési díjak felülbírálásának egyedi lehetőségei

Egészségügyi ellátás során előfordulhatnak olyan események, élethelyzetek amikor a beteg díjfizetésre nem kötelezhető

- Amennyiben az ellátó személyzetet illetően a térítési díj átvétele a beteg viselkedése nyomán jól megítélhetően testi fenyegetettséggel járna, az ellátást a térítési díj beszedése nélkül is be kell fejezni. Az eseményről jegyzőkönyvbe (hely, dátum, tárgy megjelölésével, két tanú aláírásával) rögzíteni kell a történeteket.

- Amennyiben egyéb ok merül fel a térítési díj csökkentésre vagy a teljes mentesítés érdekében, ennek előzetes engedélyezésére írásbeli kérelem alapján az ügyvezető igazgató jogosult.



## 9. Térítéssel egészségügyi szolgáltatások esetei és díjai

### 9.1. Intézeti hatáskörben megállapított térítési díjak:

TAJ kártyával nem rendelkező magyar állampolgár, nem biztosított, 1408/71 EKG sz. rendelet hatálya alá tartozó külföldi állampolgár (ha Európai Egészségbiztosítási Kártya, Kártyahelyettesítő nyomtatvány, E 112 nyomtatványt) nem tudja biztosítását igazolni, ill. az olyan külföldi, aki magán biztosítási igazolvánnyal rendelkezik, államközi egyezményes állampolgárai (ha útlevelét felmutatja), de nem sürgős az ellátása, egyéb más külföldi állampolgár ellátása, Valamennyi járóbeteg-szakellátó egység térítési díja nem tartalmazza az ellátás során kért diagnosztikai vizsgálatok értékét. Ezért a fizetendő térítési díj megállapítása során a vizsgálat, illetve beavatkozás értékét növelni kell az elvégzett RTG, UH, szövettan, citológiai, illetve labor, vizsgálatok értékével minden olyan esetben, amikor a beavatkozáshoz olyan járulékos vizsgálat tartozik, amit az Intézeten kívül végeznek el (pl. labor, CT, MR), akkor az érintett intézmény térítési szabályzatának megfelelő összeg az irányadó, és ennek alapján számlázzuk a beavatkozás térítési díját.

### 9.2 Foglalkozás-egészségügyi díjak:

A jogszabályban (89/1995. (VII.14.) Kormányrendelet) meghatározott foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások és meghatározott munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé, az állami foglalkoztatási szervként eljáró megyei kormányhivatal, valamint a szakképző intézmény által beutaltak vizsgálatainak, a szolgáltató a foglalkozás-egészségügyi szerződésben nem álló munkáltatókkal (megbízó) a munkaköri alkalmassági vizsgálatokhoz kapcsolódó a foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások részeként kezdeményezett további kiegészítő szakorvosi vizsgálatokról - a térítési szabályzatban rögzített teljes térítési díj alapján részletes számlát állít ki a munkáltató (megbízó) részére (pl.: hallásvizsgálat, szemészeti vizsgálat, stb.)

### 9.3. Betegdokumentáció másolat kiadás:

Az 1997.évi CLIV. törvény 24. §. (3) bekezdés c. pontja alapján a beteg jogosult „az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról kivonatot, vagy másolatot készíteni, vagy saját költségére másolatot kapni”. Más személy részére a betekintés, másolat kiadás a törvény 24.§. (6),(7),(8) bekezdésében foglaltak szigorú betartása mellett történhet. A betegdokumentáció másolat kiadás eljárási rendjét az SZ-19. Adatkezelési Szabályzata tartalmazza. A törvény értelmében tehát a betegdokumentációba történő betekintés, a dokumentáció tartalmáról kivonat készítése, vagy annak lemásolása első alkalommal térítésmentes, a másolatok kiadása térítésköteles. Betegdokumentáció másolat kiadási díjai (oldalanként): 2.500.- Ft. Másolatok kiadására csak az Intézeti Ügyvezető Igazgató engedélyezését követően kerülhet sor. Az érintett ellátó rendelés tájékoztatja a díj mértékéről, majd az engedélyezés igazolása, valamint a díj befizetése (Pénztárba történik számla ellenében) után lehet a másolatot kiadni.

## 10.Pénzügyi teljesítés

A fizetendő térítési díjak magyar forintban (HUF) értendők.

Az ellátást végző szervezeti egységnél kiállítják a kötelezettségvállalási nyilatkozatot, az ellátás adatainak megfelelően, majd pénztári befizetés után az ellátott részére átadásra kerül a lelet.

Amennyiben a szolgáltatás ellenértékét nem az ellátott fizeti, a számlát akkor is az ellátott nevére kell kitölteni, viszont aláírója lehet a fizető személy, feltüntetve eltérő aláírás jelzésével.

Térítésköteles ellátások - ügyeleti esetben - a szervezeti egységen lévő készpénzfizetési számla kitöltésével történik a díj kifizetése.

A szervezeti egység készpénz-kezeléssel megbízott munkatársa pénztári nyitvatartási időben a beszedett térítési díjat a számla másodpéldányával együtt 24 órán belül befizeti a Pénztárba. A készpénzfizetési számla tömb igénylése, a betelt nyomtatványok leadása az Intézeti Pénztárban történik. Pénztári órák:10.00 – 12.00 óráig

## 11.Hatálybalépés:

Jelen szabályzat 2023.06.01.-én lép hatályba. A Szabályzatot és mellékleteit az Intézet igazgatója, igazgatói utasítással módosíthatja.

## 1. számú melléklet: Egységes árlista

(érvényes társadalombiztosítási jogviszonnyal nem rendelkező pácienseink részére)

Szakorvosi vizsgálat	10.000 Ft.
Szakorvosi kontrollvizsgálat (visszarendelés esetén):	5.000 Ft.
Radiológiai árak:	
CT vizsgálat (natív, régióként):	20.000 Ft.
CT vizsgálat (kontrasztanyagossal, régióként):	30.000 Ft.
Komplex mamográfia (mamográfia és emlő UH):	30.000 Ft.
Hasi ultrahang:	20.000 Ft.
Egyéb ultrahang (régióként):	10.000 Ft.
Mellkas átvilágítás:	5.000 Ft.
Mellkasfelvétel:	10.000 Ft.
Natív hasi/vese felvétel:	15.000 Ft.
Nyelésvizsgálat:	15.000 Ft.
Gyomor röntgen:	30.000 Ft.
Egyirányú csontfelvételek:	10.000 Ft.
Kétirányú csontfelvételek:	15.000 Ft.
Háromirányú felvételek (mellkas, boka stb.)	20.000 Ft.
Négyirányú csontfelvételek:	30.000 Ft.
Emlő / pajzsmirigy / carotis ULTRAHANG	20.000 Ft.

**Beutaló- (és előjegyzés) köteles rendeléseink csak érvényes biztosítási jogviszonnyal (érvényes TAJ kártya), és beutalóval vehetők igénybe.**

## 2. számú melléklet: Laboratóriumi árlista

Vizsgálat megnevezése	Ár (Ft/db)	Eredmény kiadás (munkanap)
<b>Klinikai kémia</b>		
<b>Szénhidrát anyagcsere vizsgálatok</b>		
Glukóz (vércukor)	500	1
Terheléses glukóz OGTT (időpontonként)	500	1
Hemoglobin A1c	5 000	1-3
Fruktózamin	2 000	1-3
<b>Vesefunkciós vizsgálatok</b>		
Karbamid	500	1
Kreatinin (+eGFR)	500	1
Húgysav	500	1
<b>Elektrolit vizsgálatok</b>		
Nátrium	500	1
Kálium	500	1
Klorid	500	1
Kalcium	500	1
Anorganikus foszfát	500	1
Magnézium	500	1
<b>Májfunkciós vizsgálatok</b>		
Totál bilirubin	500	1
Direkt bilirubin	500	1
Alkalikus foszfatáz	500	1
Gamma-GT	500	1
GOT	500	1
GPT	500	1
LDH	500	1
Pszeudo-kolineszteráz	500	1-3
<b>Vérsír vizsgálatok</b>		
Koleszterin	500	1
HDL-koleszterin (direkt)	1 000	1
LDL-koleszterin	1 000	1
Trigliceridek	500	1
<b>Vas anyagcsere vizsgálatok</b>		
Vas	500	1
Transzferrin	2 000	1
Ferritin	3 000	1
<b>Fehérje vizsgálatok</b>		
Összfehérje	500	1
Albumin	500	1
C-reaktív protein (CRP)	2 000	1

DÉL-BUDAI EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT KÖZHASZNÚ NONPROFIT KFT  
TÉRITÉSI SZABÁLYZAT

<b>Hasnyálmirigy funkciós vizsgálatok</b>		
Amiláz	<b>1 000</b>	1
Lipáz	<b>1 000</b>	1-3
<b>Egyéb vizsgálatok</b>		
CK	<b>500</b>	1
CK-MB aktivitás	<b>3 000</b>	1
Anti-streptolizin O (AST)	<b>2 000</b>	1
Troponin I	<b>8 500</b>	1
NT-ProBNP	<b>15 000</b>	1
<b><i>Hematológia</i></b>		
Vörösvérsejt süllyedés	<b>1 000</b>	1
Vérkép (quant. + 5 diff. qual.)	<b>1 000</b>	1
Vérkép + Reticulocytá-szám	<b>1 500</b>	1
Perifériás vérkenet festése értékeléssel (csak vérképpel együtt)	<b>2 000</b>	1-2
<b><i>Véralvadási vizsgálatok</i></b>		
Thrombin idő	<b>2 000</b>	1-2
Prothrombin (INR)	<b>1 000</b>	1
Aktivált parciális thromboplastin idő (APTI)	<b>2 000</b>	1
D-Dimer	<b>6 500</b>	1
<b><i>Tumormarkerek</i></b>		
Alfa-feto-protein (AFP)	<b>4 000</b>	1-3
CA-125	<b>6 000</b>	1-3
CA-19-9	<b>6 000</b>	1-3
CA-15-3	<b>6 000</b>	1-3
CA-72-4	<b>6 000</b>	15-20
CEA	<b>6 000</b>	1-3
PSA (prosztata spec. antigén)	<b>5 000</b>	1-3
Szabad PSA	<b>5 000</b>	1-3
<b><i>Endokrinológia</i></b>		
Totál $\beta$ - HCG	<b>5 000</b>	1
Inzulin (időpontonként)	<b>3 500</b>	1-3
FSH	<b>3 500</b>	1-3
LH	<b>3 500</b>	1-3
Ösztadiol	<b>3 500</b>	1-3
Oszteokalcin	<b>5 000</b>	10-15

DÉL-BUDAI EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT KÖZHASZNÚ NONPROFIT KFT  
TÉRITÉSI SZABÁLYZAT

Parathormon	6 000	1-3
Progeszteron	3 500	1-3
Prolaktin (PRL)	3 500	1-3
Totál tesztoszteron	3 500	1-3
TSH (high szenzitív)	2 000	1-3
T3 szabad frakció (FT3)	3 000	1-3
T4 szabad frakció (FT4)	3 000	1-3
<b>Egyéb vizsgálatok</b>		
Béta-cross laps (Kollagén keresztkötés)	7 000	10-15
B12 vitamin	3 500	1-3
Folsav	3 500	1-3
25 OH D-vitamin	7 000	1-3
TPHA	2 000	1-5
Toxoplazma g. antitestek (IgG; IgM)	5 000	1-5
CMV elleni antitestek (IgG, IgM)	5 000	1-5
Rubeola elleni antitestek (IgG, IgM)	5 000	1-5
<b>Széketvizsgálatok</b>		
Széket vér (szűrés, nem specifikus)	1 000	1
Széket vér (humán vér specifikus)	2 500	1
<b>Vizelet vizsgálatok</b>		
<b>Nem gyűjtött vizeletből</b>		
Teljes vizelet (üledék nélkül)	500	1
Vizelet üledék	1 000	1
Vizelet kalcium/kreatinin	1 000	1
Vizelet mikroalbumin/kreatinin	2 500	1
Vizelet összfehérje/kreatinin	1 000	1
Vizelet amiláz	1 000	1
<b>Gyűjtött vizeletből</b>		
Vizelet glukóz	500	1
Vizelet fehérje	500	1
Vizelet mikroalbumin	2 000	1
Vizelet foszfát	500	1
Vizelet nátrium	500	1
Vizelet kálium	500	1
Vizelet klorid	500	1
Vizelet kalcium	500	1
Vizelet húgysav	500	1
Vizelet karbamid	500	1
Vizelet kreatinin	500	1
Vérvételi és adminisztrációs díj	2000	

DÉL-BUDAI EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT KÖZHASZNÚ NONPROFIT KFT  
TÉRITÉSI SZABÁLYZAT

Vérvételi és adminisztrációs díj (terheléses vizsgálat 2 időpontos)	<b>2500</b>	
Vérvételi és adminisztrációs díj (terheléses vizsgálat 3 időpontos)	<b>3000</b>	
Vérvételi és adminisztrációs díj (terheléses vizsgálat 4 időpontos)	<b>3500</b>	
Vérvételi és adminisztrációs díj (terheléses vizsgálat 5 időpontos)	<b>4000</b>	