

CSONGRÁD-CSANÁD MEGYEI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT
HÓDMEZŐVÁSÁRHELY-MAKÓ



INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT

TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT

Fájl neve: IBSZ-TÉRÍTÉSI DÍJSZABÁLYZAT-02			
Kiadás száma:	02	Mellékletek száma:	10
Érvénybelépés dátuma:	2023.02.02.	Adatlapok száma:	0

Tevékenység megnevezése	Név, Aláírás	Dátum
Készítette:		
	Dr. Hoci Mária finanszírozási vezető	Dr. Rozonics Andrea jogtanácsos
Pénzügyi szempontból ellenőrizte:		2022.09.22
	Oraveczné Kispál Angéla gazdasági igazgató	2022.09.26.
Minőségügyi szempontból ellenőrizte:		
	Dr. Gál Edit minőségfejlesztési vezető	2022.09.27.
Jóváhagyásra felterjesztette:		
	Dr. Kallai Árpád intézményvezető	2022.09.29.

Az Országos Kórházi Főigazgatóság által jóváhagyásra került 2023. február hónap 2 napján, az OKFŐ/4298-1/2023. iktatószámú határozattal.

Jelen szabályzat a Csongrád-Csanád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővásárhely- Makó szellemi tulajdona. Továbbadása, sokszorosítása írásos engedélyhez kötött.

Jelen szabályzatban szereplő információkat csak az intézmény működéséhez lehet felhasználni.

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 1 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

TARTALOMJEGYZÉK

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK	2
1.1 A szabályzat hatálya	2
1.2 Érvényes magyar biztosítással rendelkezők ellátása	2
1.3 Külföldi biztosítással rendelkezők ellátása	3
1.4 Biztosítással nem rendelkezők ellátása	6
1.5 „S” térítési kategória	7
1.6 Migránsok ellátása.....	8
2. TÉRÍTÉSI DÍJAK	8
2.1 Aktív, krónikus, rehabilitációs fekvőbeteg ellátás, nappali kórházi ellátás, járóbeteg szakellátás, és diagnosztikai szolgáltatások térítési díjai	8
2.2 Teljes térítési díjak	9
2.3 Részleges és kiegészítő térítési díjak	9
2.4 Tételes elszámolás alá eső eszközök, implantátumok térítési díjai.....	10
2.5 Be- és kiutazáshoz kötött PCR vizsgálat térítési díja	10
3. TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGFIZETÉSÉNEK RENDJE	10
3.1 A térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatásokhoz való hozzáférés módja.....	10
3.2 A szolgáltatások térítési díjának fizetési szabályai	12
3.2.1 Aktív fekvőbeteg, krónikus, és Nappali kórházi ellátás esetén.....	12
3.2.2 Számlaadás a járóbeteg ellátás területén	13
3.3 A térítési díj elszámolása.....	13
4. A TÉRÍTÉSI DÍJ MÉLTÁNYOSSÁGI ALAPON TÖRTÉNŐ ELENGEDÉSÉNEK ÉS MÉRSÉKLEÉSÉNEK RENDJE	13
5. A SZOLGÁLTATÁSI DÍJAK BEHAJTÁSA	14
6. ÉRVÉNYESSÉG	14
7. MELLÉKLETEK	14

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 2 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1.1 A szabályzat hatálya

A jelen szabályzat területi hatálya a Csongrád-Csanád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővásárhely-Makó egészségügyi intézmény valamennyi telephelyén található ellátó egységére kiterjed, és kötelező érvényű.

A jelen szabályzat személyi hatálya kiterjed:

- a biztosított magyar és külföldi személyekre, akik teljes-, részleges térítéssel, vagy térítésmentesen igénybe vehető szolgáltatást igényelnek
- biztosítással nem rendelkező magyar állampolgárra és a Magyarország területén tartózkodó, a társadalombiztosítás keretében egészségügyi szolgáltatásra nem jogosult személyekre.

1.2 Érvényes magyar biztosítással rendelkezők ellátása

Egészségügyi ellátást térítésmentesen vehetik igénybe – kivéve a részükre jogszabály alapján teljes vagy részleges térítés fizetése mellett igénybe vehető ellátások körét – az a 2019. évi CXXII., a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló törvény 6. § (1)-ben felsorolt biztosítottak, a 22. §-ban felsoroltak, illetve baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosultak a törvény 21. §-ban felsorolt személyek.

A magyarországi biztosítással rendelkező személynek az egészségügyi ellátásra való jogosultságát érvényes TAJ (Társadalombiztosítási Azonosító JEL, egyedi azonosító szám) számot tartalmazó hatósági igazolvánnyal kell igazolnia az ellátás igénybe vételét megelőzően. A TAJ kártya mellett az ellátásra jelentkezőnek személyazonosságát arcképes igazolvány bemutatásával kell igazolnia. Az ellátáskor TAJ számot igazoló okmánnyal nem rendelkező személy, vagy hozzátartozója az ellátást követő 15 (tizenöt) napon belül köteles bemutatni a TAJ számot igazoló okmányt intézményünkben.

A hatósági igazolvány (TAJ kártya) érvényessége jogszabály alapján határozott időtartamú is lehet, ilyen esetben hatósági igazolvány a kártyán feltüntetett érvénybe lépés időpontjától a megszűnés időpontjáig érvényes.

A TAJ kártya bemutatását és a személyazonosság igazolását követően intézményünk köteles online jogviszony ellenőrzést végezni.

A jogviszony-ellenőrző informatikai rendszer az alábbi jelzéseket adhatja a jogviszony függvényében:

„**ZÖLD** - TAJ érvényes, jogviszonya rendezett” jelzés. Jelentése: Magyarországon rendezett jogviszonnal rendelkező személy. Ebben az esetben a beteget intézményünk ellátja.

Térítési kategória:

- járóbeteg ellátás: 1
- fekvőbeteg ellátás: 6

„**PIROS** - TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen” jelzés. Jelentése: Magyarországon rendezetlen jogviszonnal rendelkező személy. Ebben az esetben a beteget térítésmentesen intézményünk ellátja. A beteget szóban fel kell világosítani arról, hogy jogviszonya rendezetlen, mely tényről a NEAK tájékoztatja a NAV-ot, aki az ügyben eljárhat.

Térítési kategória:

- járóbeteg ellátás: 1
- fekvőbeteg ellátás: 6

„**SÁRGA**” –Érvényes TAJ, de korlátozott az egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultság sürgősségi fogászati ellátás kivételével nem jogosultak: sem fogászati, sem külföldi gyógykezelésre, illetve a transzplantációs várólistára sem kerülhetnek fel.

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 3 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

A megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatás - a sürgősségi ellátás kivételével - a megállapodás megkötését követő huszonnegyedik hónap első napjától jár, kivéve, ha a megállapodás megkötésével egyidejűleg az előírt járulék befizetése visszamenőleg huszonnégy hónapra megtörtént.

2016. augusztus 1.-jétől a huszonnegyedik – hónap első napjától veheti igénybe a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatásokat.

A megállapodás türelmi ideje alatt a jogviszony-ellenőrzés során a TAJ -hoz tartozó lámpa színe barna lesz, de amennyiben az érintett személynek van érvényes megállapodása, úgy a sürgősség körébe tartozó ellátásokat az érvényes TAJ -jal rendelkező biztosítottakhoz hasonlóan kell jelenteni (1-es térítési kategória, 1-es azonosító típus)

A lámpaszín mellé megjelenítésre kerül azon ellátások köre is, amelyekre az érintett személyi kör nem jogosult.

1.3 Külföldi biztosítással rendelkezők ellátása

Külföldi beteg, vagy érvényes magyar biztosítással nem rendelkező magyar állampolgár esetén az ellátandó személyes adatait tartalmazó okiratot, és a biztosítását igazoló okiratot (E-kártya, kártyát helyettesítő nyomtatvány, és az alábbiakban megemlített bármely hivatalos nyomtatvány) le kell másolni, és a másolatot meg kell őrizni! (ezeket a biztosító később bekéri igazoló dokumentumként!)

EGT állampolgárok:

Ausztria, Bulgária, Belgium, Ciprus, Csehország, Dánia, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Horvátország, Hollandia, Írország, Izland, Lengyelország, Lettország, Liechtenstein, Litvánia, Luxemburg, Málta, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szlovákia, Szlovénia állampolgárai részére, valamint az ezen országokban biztosított, átmenetileg érvénytelen TAJ számú magyar állampolgárok részére (jogviszony ellenőrzés színe: kék).

Orvosilag szükséges ellátás

- Térítésmentesen igénybe vehető:
- Európai Egészségbiztosítási Kártya és
- Ideiglenes Kártyahelyettesítő Nyomtatvány birtokában.
- Magyarországi átmeneti tartózkodás során:

Orvosilag szükséges:

Az orvosi szükségesség fennállásáról elsődlegesen – a körülmények mérlegelésével – a kezelőorvos dönt. Orvosilag szükségesnek nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülhetnek. Orvosilag szükséges ellátásnak minősül minden olyan ellátás, amely nem halasztható a másik tagállamba történő visszatérésig.

Amennyiben az illető személy nem rendelkezik EGT állampolgárok részére kiadott magyarországi tartózkodási engedéllyel (tartózkodási kártya/regisztrációs igazolás), csak azon szolgáltatások nyújthatók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. Egyéb esetekben a tartózkodási kártya/regisztrációs igazolás, illetve az igazolás (EU-Kártya) érvényességének lejártát kell figyelembe venni.

Az Európai Bizottság határozatai értelmében átmeneti magyarországi tartózkodás során az alábbi ellátásokat minden esetben az EU-Kártya alapján nyújtandó szükséges ellátásnak kell minősíteni:

- dialízis
- oxigénterápia
- speciális asztmakezelés
- kemoterápia

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 4 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

- szülés, a szüléshez és anyasághoz kapcsolódó ellátások.

Az EGT ill. svájci biztosított Magyarországon született gyermeke részére a szükséges ellátások a szülést követő 3. hónapig az anya EU-Kártyája alapján nyújthatók, az ellátásokat az EU-Kártya adataival kell jelenteni.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv. szerinti uniós betegek és a Magyarországon élő és TAJ kártyával rendelkező brit állampolgárok mellett a brit biztosító által kiállított Európai Egészségbiztosítási Kártyával rendelkező brit állampolgárok is költségtérítés nélkül jogosultak ellátásra. Az érvényes brit EU kártyával rendelkező brit biztosítottak magyar közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál az orvosilag szükséges és indokolt ellátások vonatkozásában továbbra is jogosultak térítésmentes egészségügyi ellátásra úgy, mint 2020. december 31. előtt. A részükre nyújtott ellátást ugyanúgy „E” térítési kategóriában kell jelenteni, és az ellátásért járó finanszírozási díjat a NEAK megfizeti

Térítési kategória: E

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya önmagában nem használható fel akkor, ha a biztosított valamilyen egészségügyi szolgáltatás igénybe vételének céljából utazott Magyarországra.

Tervezett ellátás

Térítésmentesen igénybe vehető: S2 vagy E112 nyomtatvány bemutatásával

Az Európai Gazdasági Térség tagállamainak állampolgárai és a svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek egészségbiztosítójuk engedélye alapján jogosultak más tagállamban tervezetten egészségügyi szolgáltatást igénybe venni.

Az E 112 vagy S2 jelű egészségügyi szolgáltatásra jelentkező személy a nyomtatványon megjelölt szolgáltató (amennyiben meg van jelölve), illetve ellátás esetében ugyanolyan feltételek mellett jogosult az igénybevételre a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál, mint a magyar biztosítottak. Amennyiben a nyomtatványon sem szolgáltató, sem konkrét ellátás nincs megjelölve, az érvényességi időn belül bármilyen egészségbiztosítási szolgáltatás nyújtható a jogosult részére. A nyomtatványt az Európai Gazdasági Térség minden tagállama saját hivatalos nyelvén állítja ki. Az S2 vagy E112 jelű nyomtatvány funkcióját tekintve nem más, mint a külföldi biztosító által kiállított költségvállalást tanúsító igazolás.

Térítési kategória: E

Határon átnyúló ellátás a 2011/24/EU Irányelv alapján a Magyarországon biztosított beteg után járó NEAK finanszírozás mértékével azonos térítési díj fizetése ellenében:

A bejövő beteg a külföldi biztosító által kiállított olyan dokumentummal vehet igénybe határon átnyúló egészségügyi ellátást, amely az Európai Unió tagállambeli állampolgárságát vagy az egészségügyi ellátásra való jogosultságát hitelt érdemlően bizonyítja.

Ellátás igénybe vételéhez szükséges igazolások és kötelező adattartalmuk Személyazonosságot igazoló okmány és EGT tagállamban fennálló biztosítást igazoló biztosítási kártya vagy nyomtatvány.

A határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében fokozottan érvényesül az „egyenlő elbánás elve”, azaz a külföldről érkező személyek azonos elbírálás alá esnek a magyar egészségügyi ellátásra jogosult személlyel. Ha a külföldi személy olyan ellátást szeretne igénybe venni, amely a magyar jogosult számára is várólista szerinti besorolás alapján történhet meg, úgy ez a külföldről érkező jogosultsággal rendelkező személyre is érvényes szabály.

A kezelés természetétől függően beutaló vagy orvosi dokumentáció bemutatása is szükséges lehet. A beutalót kiállíthatja egy másik EU tagállam egészségügyi szolgáltatója, vagy egy magyar szolgáltató. A beutaló elfogadását az egészségügyi szolgáltató akkor tagadhatja meg, ha az az egészségügyi szolgáltató számára nem érhető vagy nem nyújt elég információt a beteg egészségi állapotáról és az ennek alapján orvosilag szükséges beavatkozások köréről.

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 5 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

A beutalóhoz nem kötött szakellátások esetében az uniós beteg ellátását nem lehet megtagadni arra hivatkozva, hogy vonatkozásában az egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkezik.

Az egészségügyi szolgáltató csak akkor tagadhatja meg az uniós beteg ellátását, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az uniós beteg fogadása veszélyezteti. Az elutasítást ilyen esetben írásban meg kell indokolni.

Térítési kategória: „T” = uniós beteg részére magyar egészségügyi szolgáltató által határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett ellátás (bejövő beteg). Ebben az esetben a bejövő beteg az ellátáskor az alábbi térítési díjat köteles megfizetni:

Fizetendő összeg: szorzó: 1,0 (a térítési díj nem térhet el attól a díjtól, amelyet a hazai beteg ellátásáért közfinanszírozott szolgáltatók esetében a NEAK a hazai beteg ellátása után térít.)

Egyéb külföldi állampolgárok

Ukrán állampolgárok ellátása

Az ukrán állampolgárok átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat útlevel felmutatásával vehetik igénybe.

Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján az OEP előzetesen megtéríti. Térítési kategória: 3

Orosz állampolgárok ellátása: 2020. december 1. napjától az orosz állampolgárok átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt heveny megbetegedés és sürgős szükség esetén egészségügyi ellátásokra nem jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál térítésmentesen.

Amennyiben orosz állampolgár magyarországi tartózkodása alatt egészségügyi ellátást vesz igénybe, annak összegét a szolgáltató által meghatározott térítési díj megfizetésével egyidejűleg teheti meg.

Orosz állampolgárok 2020. december 1. napjától igénybe vett ellátásai a továbbiakban nem jelenthetők „3”-as (államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás) térítési kategóriában.

Térítési kategória: 4

Koszovói biztosítottak térítésmentes sürgősségi ellátása

A Macedón és a koszovói állampolgárok átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt **sürgősségi ellátásokra** (felvétel jellege: Acut) jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat útlevel felmutatásával vehetik igénybe.

Térítési kategória: 3

Macedón biztosítottak térítésmentes sürgősségi ellátása

A magyar-macedón szociális biztonsági egyezmény alapján, a macedón biztosítottak Magyarországon – a megfelelő jogosultságigazolás birtokán – sürgősségi és tervezett ellátásokat is igénybe vehetnek.

Térítési kategória: E

Bosnyák, montenegrói, és szerbiai biztosítottak ellátása

A bosnyák, montenegrói, és szerbiai biztosítottak átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat a bosnyák biztosítottak a BH/HU111 nyomtatvánnyal, a montenegrói biztosítottak a CG/HU111 nyomtatvánnyal, a szerbiai biztosítottak az SRB/HUN 111 nyomtatvánnyal vehetik igénybe.

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 6 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

Mind a bosnyák, mind a montenegrói, és szerbiai biztosítottak tervezetten is igénybe vehetnek ellátást Magyarországon, amennyiben rendelkeznek BH/HU112, ill. CG/HU112, valamint SRB/HUN 112 nyomtatvánnyal.

Térítési kategória: „E” (Amennyiben egyik jelzett nyomtatvánnyal sem rendelkeznek, akkor csak „4”-es (fizetős) térítési kategóriában láthatók el!

Ellátás egészségügyi együttműködési egyezmények alapján

Hatályos egészségügyi együttműködési egyezmények:

Angola, Kuvait, Mongólia, , Jordánia, Irak, Koreai Népi Demokratikus Köztársaság Az egészségügyi együttműködési egyezmények alapján a fenti államok állampolgárait a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltató ingyenes egészségügyi ellátásban részesíti heveny megbetegedés vagy halaszthatatlan orvosi beavatkozást igénylő helyzet esetén. Az ellátásra való jogosultságot az érintett állampolgárok útlevétől tudják igazolni.

Térítési kategória: 3

1.4 Biztosítással nem rendelkezők ellátása

Érvényes magyar biztosítással nem rendelkező magyar állampolgárok:

Érvényes TAJ (Társadalombiztosítási Azonosító Jel, egyedi azonosító szám) számot tartalmazó hatósági igazolvánnyal NEM rendelkezők ellátása esetén a jogviszony-ellenőrző informatikai rendszer az alábbi jelzéseket adhatja:

„ **KÉK lámpaszín, „K” kód** - külföldi biztosító által biztosított személyek, akik TAJ száma a külföldi biztosítás időtartamára érvénytelen- ha van érvényes E-kártyájuk, de nem sürgős ellátást igénylő állapotban érkezik (akkor is érvényes, ha háziorvosi beutalóval érkezik)
- ha EGT-n kívüli országban élnek

Térítési kategória: 4

Fizetendő összeg: A beteg a Térítési Díj Szabályzatban meghatározott szorzóval fizeti ki számla ellenében az igénybe vett szolgáltatást. (1. számú melléklet)

BARNA lámpaszín, „N” kód: 2020. július 1. napjától a NAV az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezett személyek által teljesített járulék befizetést külön tartja számon, és ha az elmaradás a hat havi összeget meghaladja, úgy – jogszabályi rendelkezés alapján – jelzést küld erről a tényről a NEAK-nak. Az érvénytelenítés kódja „N”, azaz érvénytelen NAV járuléktartozás miatt.

Esetükben a sürgősségi ellátás igénybevétele során az ellátás térítési díját a 9/1993. (IV.2.) NM rendeletben meghatározott díjtételek alapján azt a díjat, amelyet egyébként a NEAK alapdíjon fizetett volna az ellátásért. Fontos az is, hogy ez az összeg a 28/2020. (VIII.19.) EMMI rendelet 2.§ (2) bekezdése értelmében ellátási esetenként nem haladhatja meg 750.000.- Ft, azaz Hétszázötvenezer forintot. Az ellátásokat a NEAK felé szintén „04” térítési kategóriában kell jelenteni.

A fentiek alkalmazása során egy ellátási esetnek egy finanszírozási esetet kell tekinteni. Fontos az is, hogy a beteg általi fenti módon történő térítési kötelezettség csak a sürgős esetekre vonatkozik, azaz azokra az ellátásokra, amelynek elmaradása esetén a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. (Eütv. 3. § i) pont). Az így igénybevett ellátások díja akkor sem igényelhető vissza, ha az ellátott utóbb elmaradt járulékfizetési kötelezettségének eleget tesz.

Az ellátott személy jogviszonyát minden esetben az ellátás igénybevételenek kezdetekor (fekvőbeteg-szakellátás esetén, a felvétel napján, de legkésőbb a felvételt követő első

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 7 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

munkanapon) kell figyelembe venni, és e napi állapot szerint kell megállapítani, hogy a beteg ellátást térítés ellenében vagy az E. Alap terhére jogosult igénybe venni. Amennyiben az ellátás során válik jogviszonya érvényessé, akkor is az ellátás kezdő napján érvényes állapotot kell figyelembe venni, tekintettel arra, hogy a tartozás utólagos megfizetése nem eredményezi a TAJ szám visszamenőleges érvényességét. Amennyiben az ellátás során válik a jogviszony érvénytelenné, akkor is az ellátás kezdetekor érvényes jogviszonyt kell figyelembe venni, akkor is, amennyiben az ellátás több hónapig tart.

Térítési kategória: 4

A NAV járuléktartozás miatt barna lámpaszint (N) kapó személyek által igénybevett tervezett, azaz nem sürgősségi ellátások díja megegyezik az egyéb okból barna lámpa szint kapó személyekével, azaz azt az intézményi térítési díjszabályzat szerint díj mértékével egyezően kell a betegnek megtéríteni.

Térítési kategória: 4

BARNA lámpaszín, „B” kód: egyéb okból érvénytelen jogviszonyt jelent, mely esetben az intézmény saját térítési díjszabályzatában meghatározott összeget kötelesek fizetni az ellátásért. Ilyen személyek lehetnek pl. a más országban letelepedett magyar állampolgárok, akik a magyar lakóhelyüket megszüntették, vagy akik még nem szereztek jogosultságot a biztosítási jogviszony létesítésére, vagy azon külföldi munkavállalók, akiknek a magyarországi munkavégzése és ezzel a jogviszonya megszűnt.

Térítési kategória: 4

EGT tagállamban érvényes biztosítással nem rendelkező EGT tagország állampolgára:

Térítési kategória: 4.

Fizetendő összeg: a Térítési Díj Szabályzatban meghatározott szorzók alapján határozható meg. (1. számú melléklet)

Egyéb külföldi állampolgárok

EGT-n kívüli ország állampolgárainak ellátása, akár rendelkezik biztosítással, akár nem

Orosz, ukrán, koszovói, biztosítottak nem sürgősségi ellátása

Egészségügyi együttműködési egyezményvel bíró ország állampolgárainak nem sürgősségi ellátása.

Megfelelő nyomtatvánnyal nem rendelkező szerb, bosnyák és montenegrói állampolgárok

Térítési kategória: 4.

Fizetendő összeg: a Térítési Díj Szabályzatban meghatározott szorzók alapján kerül meghatározásra. (1. számú melléklet)

1.5 „S” térítési kategória

A Magyarország területén tartózkodó beteg sürgősségi ellátása esetén intézményünk (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, az ellátás díját a központi költségvetés biztosítja az Egészségbiztosítási Alapon keresztül az alábbi eljárás lefolytatását követően:

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 8 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

Intézményünknek fizetési felszólítással meg kell kísérelnie a követelése érvényesítését. Amennyiben a követelés érvényesítése eredménytelen, úgy intézményünk az esetet a beteg adatlapjának megküldésével és a térítési díj megfizetésének, illetve a behajtás eredménytelenségének egyidejű igazolásával pótlólag, legfeljebb a teljesítést követő hatodik hónap 5. munkanapjáig jelentheti a finanszírozó részére

1.6 Migránsok ellátása

Magyarország területére belépő migránsok ellátása, akik részéről még a menekültként történő elismerési eljárás megindítása iránti kérelem benyújtása még nem történt meg.

Az eljárás azonos az 5. pontban szereplő „S” térítési kategóriában írottakkal, azzal a különbséggel, hogy a finanszírozó nem vizsgálja „szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését” feltételt menedékes, vagy menekült esetén, tekintettel az ellátottak élethelyzetére. Ilyen esetben a jelentés az alábbiak szerint történik:

Térítési kategória „S” és ezen a kategórián belül a személyazonosító típusa kérdésen belül a 9. pontot (9. személyazonosító a menekült, menedékes és oltalmazott státusz kérelmezését megelőzően nyújtott ellátás során) kell választani.

A személyazonosító jel kérdésnél, pedig az alábbi adatok adhatók meg:

- TAJ szám, illetve a személyazonosító típusának megfelelő egyéb azonosító
- útleveleszám, vagy amennyiben a beteg nem rendelkezik útlevelel, a rendőrségi ügyirat száma vagy egyéb nyilvántartási szám

2. TÉRÍTÉSI DÍJAK

2.1 Aktív, krónikus, rehabilitációs fekvőbeteg ellátás, nappali kórházi ellátás, járóbeteg szakellátás, és diagnosztikai szolgáltatások térítési díjai

Az 1. fejezet 4. pontjában foglalt személyek ellátása esetében (a 4-es térítési kategóriába sorolandó ellátások) a jelen szabályzat 1. számú mellékletében meghatározottak szerint kerül a térítési díj megállapításra.

Aktív fekvőbeteg ellátás térítési díjának összege műtétes és nem műtétes ellátás esetén a normatív napig:

- a HBCS súlyszám érték szorozva a NEAK által megállapított mindenkori alapdíjjal, szorozva az intézmény által meghatározott intézményi egységárral. (lásd 1. számú melléklet).
- Aktív fekvőbeteg ellátás térítési díjának összege műtétes és nem műtétes ellátás esetén a normatív napon túl:
- a HBCS súlyszám érték szorozva az NEAK által megállapított mindenkori alapdíjjal, szorozva az intézmény által meghatározott intézményi egységárral. + az intézmény által meghatározott kiegészítő díj összege (lásd 1. számú melléklet).

Krónikus és rehabilitációs ellátás térítési díja:

Az ápolási naponként az intézmény által meghatározott napidíj. (lásd 1. számú melléklet)

Nappali kórházi ellátás térítési díja:

- a HBCS súlyszám érték szorozva az NEAK által megállapított mindenkori alapdíjjal,
- szorozva az intézmény által meghatározott intézményi egységárral. (lásd 1. számú melléklet).

Járóbeteg ellátás és diagnosztikai szolgáltatás esetén:

Az intézmény által meghatározott vizsgálati díj

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 9 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

Diagnosztikai beavatkozás (kivéve labor) esetén az ellátás német pont értéke szorozva az intézmény által meghatározott intézményi egységárral. (lásd 1. számú melléklet).

Kiegészítő ellátások - labordiagnosztika
Az intézmény által meghatározott vizsgálati díj

Implantátumok, vérkészítmények nagyértékű eszközök díjtételei
A szállító által meghatározott beszerzési áron kerül megállapításra.

Határon átnyúló ellátás

A „T” térítési kategóriában elszámolt ellátások (I. fejezet 3. pontjában foglalt Határon átnyúló ellátás a 2011/24/EU Irányelv alapján) esetén az intézmény által meghatározott szorzó mindig 1.

2.2 Teljes térítési díjak

A jelen szabályzat 2-5. számú mellékletei tartalmazzák a teljes térítési díj fizetése mellett igénybe vehető ellátásokat. A 2-5. számú mellékletben meghatározott szolgáltatások igénybevétele esetén az ott meghatározott díjat a biztosítással, egészségügyi szolgáltatásra jogosultsággal rendelkező betegnek is meg kell térítenie tekintettel arra, hogy ezen egészségügyi szolgáltatások a kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében nem vehetők igénybe. Ezen ellátások az alábbiak:

- 284/1997 (XII.23.) Kormányrendelet 2. számú mellékletében meghatározott ellátások
- művé meddővé tétel nem orvosi indikációra
- Halotthűtéssel és kezeléssel kapcsolatos költségek
- Adatszolgáltatás, egészségügyi dokumentumok kiadásának költségei
- Foglalkozás-egészségügyi ellátás térítési díjai
- Fogszabályozás munkadíjának térítési díjai 18 éves kor felett

2.3 Részleges és kiegészítő térítési díjak

A./ A biztosított részleges térítés mellett jogosult:

- 18 éves életkor alatt fogszabályozó készülékre;
- a rágóképesség helyreállítása érdekében miniszteri rendeletben meghatározott típusú fogpótlásra
- külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásra, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél.

B./ A biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult:

- az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra, és
- amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is. Az ápolási osztályon orvosi beutalás alapján történő elhelyezés és ápolás esetén, illetve krónikus fekvőbeteg-ellátásban ápolási díjjal finanszírozott biztosított után a kiegészítő térítési díj 800 Ft/nap.

Intézményünkben lehetőség van a B./ pontjában foglaltakkal összhangban kényelmi szolgáltatások (hotelszolgáltatások) igénybevételére az egészségügyi ellátás szakmai színvonalának érintése nélkül. A kényelmi szolgáltatások az alábbiakat foglalják magukba:

- 2-3 ágyas kórtermi elhelyezés
- Kábel-TV

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 10 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

- A beteg állapotától függően kórteremhez tartozó vizesblokk

A szolgáltatás díját a 8. sz. melléklet tartalmazza.

A súlyos állapotú betegnek joga van arra, hogy az általa megjelölt személy mellette tartózkodjon. Súlyos állapotú az a beteg, aki állapota miatt önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai gyógyszerrel sem szüntethetők meg, illetőleg pszichés krízishelyzetben van.

A kiskorú betegnek joga van arra, hogy szülője, törvényes képviselője, illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy mellette tartózkodjon.

A szülő nőnek joga van arra, hogy az általa megjelölt nagykorú személy a vajúadás és a szülés alatt folyamatosan vele lehessen, a szülést követően pedig arra, hogy – amennyiben ezt az ő vagy újszülöttje egészségi állapota nem zárja ki – újszülöttjével egy helyiségben helyezték el.

A súlyos állapotú beteg, a kiskorú beteg illetve a szülő nő által megjelölt személy, kíséreként történő kórházban tartózkodásáért külön térítési díjat nem kell fizetni, kivéve, ha kényelmi szolgáltatást (hotelszolgáltatást) kívánnak igénybe venni.

A magyar nyelvet nem beszélő külföldi állampolgárok részére kényelmi szolgáltatásként – amennyiben az adott nyelvet beszélő tolmács az intézményben rendelkezésre áll - igény alapján, térítés ellenében, előre egyeztetetten, munkaidőben, tolmácsot biztosítunk, aki az előjegyzés alapján nyújtott ellátás során nemcsak nyelvi segítséget, hanem az ügyintézéshez, az ellátás igénybevételéhez, elszámoláshoz, fizetéshez is segítséget ad. A tolmács/segítő elmagyarázza a betegnek az ellátás menetét, elkíséri a kezelőhelyekre, a kezelés során a külföldi állampolgár részére segítséget nyújt.

A kiegészítő térítési díjakat a jelen szabályzat 8. számú melléklete tartalmazza.

2.4 Tétéles elszámolás alá eső eszközök, implantátumok térítési díjai

Biztosítási jogviszonnal rendelkező betegek esetében a HBCS keretében nem finanszírozott eszközök és implantátumok – amennyiben azokat nem a beteg szerzi be saját költségén – költsége a beteg részére – beszerzési áron - továbbszámlázásra kerül.

Külföldi betegek ellátása esetében a tétéles elszámolás alá eső eszközök (implantátumok) jogviszonytól függetlenül beszerzési áron továbbszámlázásra kerülnek a beteg részére, amennyiben azokat nem a beteg szerzi be saját költségén.

2.5 Be- és kiutazáshoz kötött PCR vizsgálat térítési díja

A külföldről/re történő COVID-19 vírus be-kihurcolás veszélye miatt a kormány bizonyos országok kapcsán beutazási korlátozásokról döntött, melyhez kötötten elvégzendő PCR vizsgálatok szükségesek. Ilyen típusú vizsgálatot intézményünk nem végez.

3. TÉRÍTÉSI DÍJAK MEGFIZETÉSÉNEK RENDJE

3.1 A térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatásokhoz való hozzáférés módja

A térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások díjtételeit, a díjszámítás alapját jól látható módon ki kell függeszteni az osztályokon, a részlegeken, szakellátásokon, oly módon, hogy a betegek részére hozzáférhető legyen, és megfelelő módon tájékozódhassanak.

Ezen túlmenően az érintetteket a szolgáltatás teljesítése előtt külön tájékoztatni kell a térítési díj vonatkozó mértékéről, a teljesítés esetén pedig a biztosított, a külföldi állampolgár, az érvényes biztosítással nem rendelkező magyar állampolgár és a kötelező egészségbiztosítás keretébe nem tartozó és ellátást igénybe vevő ellátottak részére az intézmény számlát ad, amely tartalmazza az igénybe vett szolgáltatást és a szolgáltatásért járó forintösszeget.

Azon betegeknél, akiknél felmerül a térítési díj megfizetése, minden esetben kötelező a számla kiállítása, és a térítési díj befizetése az alábbiak szerint:

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 11 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

Sürgős szükség esetén:

- Sürgős ellátás esetén – melyet az ellátó orvos dönt el az adott beteg kapcsán – első lépés a beteg ellátása
- A beteg ellátása után, amennyiben igazolódik, hogy nem rendelkezik a fent részletezett érvényes, a térítésmentes ellátás alapját képező dokumentummal, az ellátás jelen szabályzatban foglalt tételeiről 2.1 pontban részletezettek szerint kell összesítést készíteni.
- Ügyeleti időben jelen szabályzat „Térítési díjak megfizetése ügyeleti időben” pontban leírtakat kell alkalmazni
- A Pénzügyi- és Számviteli osztály munkaideje (Hódmezővásárhely: hétfő-csütörtök 8.00 - 14, péntek 8.00 – 12.00, Makó: Hétfő, Szerda, Péntek 8:00 – 12:00) alatt a számla alapjául szolgáló dokumentumot ellenjegyzés céljából el kell juttatni a Finanszírozási és Kontrolling osztály vezetőjéhez, vagy a Gazdasági igazgatóhoz, vagy az Informatika osztály vezetőjéhez papír alapon vagy elektronikus úton
- Az ellenjegyzett példány alapján a Pénztár számlát állít ki, amely alapján a beteg az elbocsátását megelőzően köteles az ellátás díját készpénzben az intézmény pénztárába történő befizetéssel rendezni.

Amennyiben a beteg az ellátás költségét távozását megelőzően megfizetni nem tudja, úgy a beteg köteles a jelen szabályzat 9. sz. számú mellékletét képező „tartozás-elismerő nyilatkozat és kötelezettségvállalás”-sal elismerni az intézmény felé fennálló tartozását.

Tervezett ellátások esetén:

- Tervezhető ellátásra jelentkező beteg esetén előkalkulációt kell készíteni, melynek tartalmaznia kell a várható beavatkozások, HBCS, ápolási napok, felhasznált nagyértékű eszközök (pl. varrógép) és a vérkészítmények listáját
- A tervezett ellátásról tételes költségkalkulációt kell a kezelőorvosnak készíteni, és a beteggel ismertetni kell az ellátás várható költségeit. Az előkalkulációt a Kezelőorvos eljuttatja ellenőrzés céljából a Finanszírozási és Kontrolling osztály vezetőjének, majd ellenjegyzés céljából a Gazdasági igazgatóhoz papír alapon, akik a jóváhagyást aláírásukkal nyugtázzák.

Az ellenőrzött, és ellenjegyzett példány alapján az ellátás tervezett költségeiről (előkalkulált összegről) a Pénztár előleghozzájárulást állít ki. A számlán szereplő összeget a beteg köteles az ellátás megkezdését megelőzően készpénzben az intézmény pénztárába történő befizetéssel, vagy külön intézményvezetői engedély alapján átutalással az intézmény előirányzat-felhasználási keretszámlájára megfizetni.

A beteg tervezett ellátása mindaddig nem kezdhető meg, ameddig az előkalkuláció alapján kiállított előleghozzájáruláson szereplő összeget a beteg nem fizette meg az intézmény részére. A beteg köteles a befizetés tényét a kezelőorvos részére igazolni.

- A beteg ellátása során – az ellátás végén – a tényleges ellátásról részletes tartalommal összesítő listát kell készíteni és beárazni a jelen szabályzatban foglalt díjtételekkel
- Ezt a végösszeget alapjául szolgáló dokumentumot el kell juttatni ellenőrzés céljából a Finanszírozási és Kontrolling osztály vezetőjének, majd ellenjegyzés céljából a Gazdasági igazgatóhoz.
- Az ellenjegyzett példány, valamint az ellátást megelőzően a tervezett költségekről kiállított és a beteg által megfizetett előleghozzájárulás alapján a Pénztár végösszeget állít ki.

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 12 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

- Amennyiben a betegnek a végszámla alapján további fizetési kötelezettsége keletkezik, (azaz az ellátását megelőzően megfizetett díjon felül további költségek keletkeztek a tényleges ellátás során), akkor a végszámlán szereplő összeget a beteg köteles az elbocsátást megelőzően – a zárójelentés kiadásának feltételeként - készpénzben az intézmény pénztárába történő befizetéssel, vagy külön intézményvezetői engedély alapján utólagosan, átutalással az intézmény előirányzat-felhasználási keretszámlájára megfizetni.
- Amennyiben a betegnek a végszámla alapján túlfizetése keletkezett, úgy az előre befizetett és a tényleges ellátás költségének különbözetét az intézmény a beteg részére az elbocsátást megelőzően köteles visszafizetni.

A pénztár csak ellenőrzött, és ellenjegyzett előkalkulációt, illetve összesítőt fogadhat be számlázási célra.

Térítési díjak megfizetése ügyeleti időben:

Ügyeleti időben a térítési díjak megfizetése a fentiekben részletezettek szerint a Sürgősségi Betegellátó Osztályon történik, azzal a különbséggel, hogy az előkalkuláció vagy összesítő ellenőrzése és ellenjegyzése utólagosan, a beavatkozás utáni első munkanapon történik. Ebben az esetben a beteg az osztályon történő fizetéskor a megfizetett térítési díjról nyugtát kap.

A nyugta alapján a Pénztár a következő munkanapon a Sürgősségi Betegellátó Osztály által térítési díjként beszedett pénzösszeget átveszi és azokról az ellenjegyzett előkalkuláció illetve összesítő alapján számlát állít ki, amelyet a beteg részére átad, vagy távozása esetén lakcímére postai úton megküld.

3.2 A szolgáltatások térítési díjának fizetési szabályai

A számlázáshoz szükséges adatok (10. sz. melléklet)

3.2.1 Aktív fekvőbeteg, krónikus, és Nappali kórházi ellátás esetén

Az eljárást lsd. a „Tervezett ellátások” résznél.

Fekvőbeteg számla mellékletének összeállítására:

A medikai rendszerből lehívható adatok:

1. A helyesen bekódolt (BNO és beavatkozás), eltávoztatott beteg kiválasztása a listából.
2. Aktualizálás az „Aktualizál” ikonhasználatával.
3. "Megtekintés/Javítás" ikon használata
4. „Finanszírozás”menüpont kiválasztása.
5. A megnyíló ablakban látható:
 - a) Súlyszám
 - b) Ellátott napok száma
 - c) A HBCS

Kódja

Megnevezése

Jellemzői

- d) Kiszámlázandó összeg: lsd a 2. részben, illetve az 1. sz. mellékletben rögzítettek

A térítési díj pénztárban történő befizetésekor a szolgáltatást nyújtó köteles bevételi pénztárbizonylatot adni.

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 13 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

Az intézmény a szolgáltatás fedezetének biztosítása érdekében a szolgáltatás megkezdése előtt előleget kérhet, valamint a szolgáltatás teljesítése közben részszámlát adhat.

3.2.2 Számlaadás a járóbeteg ellátás területén

A számlaadáshoz az adatközlés a Pénzügyi- és Számviteli Osztály részére a Finanszírozási és Kontrolling Osztály vezetője vagy az Informatikai Osztály vezetője és a beteget ellátó orvos feladata.

Járóbeteg számla melléklet összeállítása:

1. Beteg kiválasztása.
2. Aktualizálás az „Aktualizál” ikonhasználatával.
3. „Statisztikák” menüpont kiválasztása a felső menüsorban.
4. „Egyéni szolgáltatás (beteghez) menüpont kiválasztása
5. A felugró ablakban:
 - a) Vizsgált időintervallum beírása
 - b) Vizsgált térítési kategória bepipálása (általában 4-es)
 - c) "A kimutatás végén összesített lista" bepipálása
 - d) „Elkészít” ikon használata
6. A program által elkészített dokumentumon rajta van:
 - a) Beteg adatai
 - b) Elvégzett vizsgálatok

Kódja

Megnevezése

Német pont értéke

- c) Kiszámlázandó összeg: lsd a 2. részben, illetve az 1. sz. mellékletben rögzítettek

3.3 A térítési díj elszámolása

A térítési díjat intézményi működési bevételeként kell elszámolni.

Az alkalmazott díjazás nyilvánosságra hozatala az egyes osztályokon és a szolgáltatást nyújtó munkahelyeken kifüggesztéssel történik.

4. A TÉRÍTÉSI DÍJ MÉLTÁNYOSSÁGI ALAPON TÖRTÉNŐ ELENEDÉSÉNEK ÉS MÉRSÉKLÉSÉNEK RENDJE

Az intézmény vezetője, távolléte, akadályoztatása esetén a Szervezeti és Működési Szabályzatban meghatározott helyettesítésére jogosult személy, a szolgáltatásokat igénybevevő részére személyi- és családi körülményeire tekintettel különös méltánylást érdemlő esetben a térítési díjat egyéni mérlegelés alapján elengedheti, mérsékelheti, illetve részletekben történő megfizetést engedélyezhet.

A térítési díj mérsékelhető, vagy elengedhető, illetve részletekben történő megfizetése lehetséges a szolgáltatást igénybe vevő által írásban benyújtott kérelem alapján az alábbi esetekben:

- A szolgáltatást igénybe vevő jövedelemmel nem rendelkezik, és ezt hitelt érdemlően igazolni tudja.
- Ha van ugyan jövedelme, de az egy főre eső összeg a minimálbér alsó határát nem éri el.

INTÉZETI BELSŐ SZABÁLYZAT	Oldal: 14 / 14
TÉRÍTÉSI DÍJ SZABÁLYZAT	

- Ha az öregségi nyugdíjkorhatárnál magasabb életkorú, és a nyugdíja az öregségi nyugdíj legkisebb összegét nem haladja meg.
- Ha rokkantsági ellátásban részesül.
- Ha saját háztartásában 3, vagy több gyermek eltartásáról gondoskodik.
- Ha saját háztartásában fogyatékos gyermek eltartásáról gondoskodik.
- Továbbá az intézmény vezetője által megállapított egyéb különös méltánylást érdemlő esetekben, azaz egyedi kérelem alapján a kérelmező igazolja, hogy az a-f) pontban meghatározott eseteken kívüli okból részben vagy egészben nem képes a térítési díj megfizetésére.

A kérelem mellé az indokláshoz szükséges az alátámasztó, igazoló dokumentumok benyújtása is.

A térítési díj mérséklése, elengedése, illetve részletekben történő megfizetése tárgyában a méltányossági jogkör gyakorlása nem alkalmazható a külföldi állampolgár, az érvényes biztosítással nem rendelkező magyar állampolgár esetében.

5. A SZOLGÁLTATÁSI DÍJAK BEHAJTÁSA

Amennyiben a szolgáltatást igénybe vevő az intézmény által nyújtott szolgáltatás ellenértékét nem téríti meg, az intézmény gondoskodik a felmerült szolgáltatási díjak behajtási költségekkel megemelt összegének behajtásáról a hatályos jogszabályi rendelkezések betartása mellett.

6. ÉRVÉNYESSÉG

Jelen szabályzatot a készítő hatályosság szempontjából évente egyszer ellenőrzi, és ennek tényét dokumentálja, a szükség szerinti módosításokat elvégzi. Amennyiben nincs szükség módosításra, ezt is dokumentálja.

7. MELLÉKLETEK

1. számú melléklet: Aktív-, krónikus-, rehabilitációs fekvőbeteg ellátás, járóbeteg szakellátás, és diagnosztikai szolgáltatások térítési díjai
2. számú melléklet: a 284/1997 (XII.23.) Kormányrendelet 2. számú mellékletében meghatározott ellátások és térítési díjai, továbbá a nem orvosi indikációra történő művi meddővé tétel, valamint a nem orvosi indikációra történő terhesség-megszakítás térítési díjai
3. számú melléklet: Az elhunytak hűtésével és kezelésével kapcsolatos térítési díjak
4. számú melléklet: Adatszolgáltatás és egészségügyi dokumentumok kiadásának költségei
5. számú melléklet: A foglalkozás-egészségügyi ellátás térítési díjai
6. számú melléklet: A fogszabályozás térítési díjai
7. számú melléklet: Menedzser-szűrés térítési díjai
8. számú melléklet: Az egyes kényelmi szolgáltatások térítési díjai
9. számú melléklet: Tartozás elismerő nyilatkozat
10. számú melléklet: Nyilatkozat betegsámlla kiállításához