



**Nagykanizsa Megyei Jogú Város
Önkormányzata**

Egészségügyi Alapellátási Intézménye

8800 Nagykánizsa Petőfi u. 5. E-mail: alapellatas@nagykanizsa.hu Telefon: 20/323-5925; 20/324-0954,

229/2015. (IX.25.) számú közgyűlési határozattal elfogadott

Térítési Díj Szabályzat¹²

¹ Nagykánizsa Megyei Jogú Város Közgyűlésének 139/2017. (IX.28.) számú határozatával jóváhagyott 1. számú módosítással egységes szerkezetbe foglalt Térítési Díj Szabályzat

² Nagykánizsa Megyei Jogú Város Közgyűlésének 1441/2021. (XI.25.) számú határozatával jóváhagyott 2. számú módosítással egységes szerkezetbe foglalt Térítési Díj Szabályzat

Nagykanizsa Megyei Jogú Város Önkormányzata
Egészségügyi Alapellátási Intézményének
SZABÁLYZATA
a térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokról

A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23.) Korm. rendelet 1. § (6) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján a Nagykanizsa Megyei Jogú Város Önkormányzata Egészségügyi Alapellátási Intézménye hatáskörében megállapítható térítési díjak mértéke, nyilvánosságra hozatala és befizetésének rendje az alábbiak szerint kerül megállapításra.

1. A szabályzat célja, hatálya³

1.1 A szabályzat célja

- 1) A szabályzat célja a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel (a továbbiakban: NEAK) finanszírozás keretében nem elszámolható betegellátási szolgáltatások díjtételeinek, valamint a fizetési kötelezettséggel érintett személyek meghatározása.
- 2) Jelen szabályzat a NEAK finanszírozással le nem fedett ellátások és szolgáltatások térítési díjának meghatározását, elszámolásának és számlázásának folyamatát, ellenőrzését szabályozza.

1.2 A szabályzat hatálya

A szabályzat területi hatálya kiterjed az Egészségügyi Alapellátási Intézmény valamennyi szervezeti egységére.

Személyi hatálya kiterjed:

- mindazokra a biztosított magyar és külföldi személyekre, akik teljes, részleges térítéssel vagy térítésmentesen igénybe vehető szolgáltatást igényelnek,
- illetve a nem biztosított magyar állampolgárokat és a Magyarországon tartózkodó, a társadalombiztosítás keretében egészségügyi szolgáltatásra nem jogosult személyekre.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. Tv. szerinti uniós betegekre ugyanazt a térítési díjat kell alkalmazni, amelyet a magyar betegekre alkalmaznak.

Ha a beteg az ellátás kezdetekor nem tudja igazolni az ellátásra való jogosultságát, akkor fizető betegként kell kezelni. Az egyes beavatkozások, vizsgálatok térítési díjáról a telephelyeken kifüggesztett díjjegyzék ad tájékoztatást.

A fizető beteget a szolgáltatás teljesítése előtt tájékoztatni kell a térítési díj várható mértékéről, a teljesítés után pedig a beteg részére a szolgáltató (Egészségügyi Alapellátási Intézmény, háziorvosi-, házi gyermekorvosi-, fogorvosi praxis) számlát állít ki a szolgáltatásért fizetendő forintösszegekről. Amennyiben a beteg a térítési díjat nem fogadja el, az ellátás nem kezdhető meg. Sürgősségi ellátás igénybevételekor a térítésmentesség vizsgálatára a beteg ellátását követően kerül sor.

³ Az 1. pontot módosította az 1441/2021. (XI.25.) számú közgyűlési határozat 1. pontja.

Jelen szabályzat a betegek tájékoztatása céljából az Egészségügyi Alapellátási Intézmény telephelyein (háziorvosi, fogorvosi rendelők, védőnői tanácsadók) elérhető.

2. Vonatkozó fontosabb jogszabályok köre⁴

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv
- 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, valamint a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII.1.) Kormányrendelet
- 2007. évi LXXX. törvény a menedékjogról, valamint a végrehajtásáról szóló 301/2007. (XI.9.) Korm. rendelet
- 284/1997. (XII.23.) Kormányrendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- 46/1997. (XII.17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető egészségügyi szolgáltatásokról
- 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról
- az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet
- **28/2020. (VIII.19.) EMMI rendelet a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól**
- 48/1997. (XII.17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető fogászati ellátásról
- 2011/24/EU európai parlamenti és tanácsi irányelv a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről
- 89/1995. (VI.14.) Korm. rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról
- 340/2013. (IX.25.) Korm. rendelet a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól⁵

3. Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak köre és a biztosítási jogviszony igazolása az alapellátásban

3.1 Magyar biztosítottak⁵

A vonatkozó törvény (2019. évi CXXII. tv) meghatározza a biztosítottak fogalmát és körét. Az egészségügyi szolgáltatásra jogosult betegek az egészségügyi szolgáltatás megkezdése előtt kötelesek személyi azonosságukat, lakóhelyüket hitelt érdemlően igazolni és a biztosításukra vonatkozó okmányt bemutatni.

Magyar biztosított az egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez a Társadalombiztosítási Azonosító Jelet (a továbbiakban TAJ-szám) igazoló hatósági igazolványát és – amennyiben a biztosított a 14. életévét betöltötte – érvényes, a személyazonosság megállapítására alkalmas igazolványát köteles bemutatni.

Az Igazolvány, mint biztosítási dokumentum kizárólag az abban feltüntetett személy érvényes biztosítását igazolja, tehát más személy meglévő biztosításának igazolására nem használható fel.

⁴ A 2. pontot módosította az 1441/2021.(XI.25.) számú közgyűlési határozat 2. pontja. Hatályos 2021. december 1. napjától

⁵ A 3.1 pontot módosította a 139/2017. (IX.28.) számú közgyűlési határozat 2. pontja. Hatályos 2017. október 15.

A társadalombiztosítási támogatással igénybevett egészségügyi ellátások előtt az egészségügyi szolgáltató – a TAJ számot és a fényképes személyazonosságot igazoló okmány bemutatását követően, az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően – a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban: NEAK) nyilvántartásában on-line ellenőrzi, hogy a beteg a jogviszony nyilvántartásban a támogatott ellátás igénybevételére jogosultként szerepel-e.

- Amennyiben a jogosultság érvényes (zöld jelzés) akkor, az ellátás térítésmentesen igénybe vehető.
- Amennyiben az ellenőrzés alapján a beteg szerepel a nyilvántartásban, de jogviszonya rendezetlen (piros jelzés) erről és a jogviszony rendezési lehetőségeiről a szolgáltató – a NEAK honlapjáról letölthető értesítés átadásával - köteles tájékoztatni a beteget. Ez a beteg ellátását nem érinti, az ellenőrzés eredményétől függetlenül a beteget el kell látni, az ellátás nem tagadható meg a NEAK nyilvántartás adataira hivatkozással.
- Ha a TAJ szám átmenetileg érvénytelen (kék szín) külföldön biztosított, az egészségbiztosítás keretében nyújtott ellátás TAJ kártyával nem vehető igénybe. Az ellátások igénybevételére Magyarországon a külföldi biztosító által kiállított EU kártyával, vagy azzal egyenértékű formanyomtatvánnyal van lehetőség. A TAJ akkor lesz újra érvényes, ha a külföldi biztosítási jogviszony megszűnt, és azt be is jelentették az egészségbiztosítóhoz.
- Ha a TAJ egyéb okból érvénytelen (barna jelzés) az ellátás térítésköteles. Az érintett a TAJ érvényességének rendezését a kormányhivatalnál kezdeményezheti.
- Ha a TAJ érvényes, de a beteg az egészségbiztosítóval kötött megállapodás alapján csak korlátozott egészségügyi ellátásra (sárga jelzés) jogosult, akkor a sürgősségi fogászati ellátás kivételével nem jogosult fogászati ellátásra, külföldi gyógykezelésre, illetve a transzplantációs várólistára sem kerülhet fel.

A megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatás – a sürgősségi ellátás kivételével – a megállapodás megkötését követő 21. hónap első napjától jár, kivéve, ha a megállapodás megkötésével egyidejűleg az előírt járulék befizetése visszamenőleg 24 hónapra megtörtént

Amennyiben az ellátott beteg TAJ számát az ellátáskor nem tudja igazolni a vonatkozó szabályok szerint térítésmentesen ellátható, de fel kell kérni, hogy a TAJ szám igazoló okmányt 15 napon belül mutassa be. Ezt a tényt a beteg dokumentációja részeként rögzíteni kell.

Amennyiben a beteg a biztosítási kártyát az ellátást követő 15 napon belül nem mutatja be, úgy az ellátást végző szolgáltató - az ellátott személy azonosítására szolgáló, rendelkezésre álló adatok (név, anyja neve, születési hely, idő, lakcíme) megküldésével – a NEAK-tól kéri a TAJ-szám rendelkezésre bocsátását, majd ezt tünteti fel az elszámolás során. Amennyiben ehhez sem áll megfelelő adat rendelkezésre, a szolgáltató az ellátási adatlap megküldésével számol el a biztosító részére, és a NEAK 60 napon belül elvégzett ellenőrzése után kerülhet sor a kifizetésre.

1.1 Külföldről érkező személyek ellátása

3.2.1 Európai Egészségbiztosítási Kártya és Ideiglenes Kártyahelyettesítő Nyomtatvány

Az Európai Gazdasági Térség (továbbiakban EGT) tagállamainak állampolgárai és a svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek részére ideiglenes magyarországi tartózkodásuk során az orvosilag szükséges egészségügyi szolgáltatás Európai Egészségbiztosítási Kártya (továbbiakban EU-Kártya) alapján nyújtható.

Az alábbi tagállamok állampolgárai, biztosítottjai vehetnek igénybe orvosilag szükséges ellátást EU-Kártyával:

Ausztria, Bulgária, Belgium, Ciprus, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Horvátország, Hollandia, Írorság, Izland, Lengyelország, Lettország, Liechtenstein, Litvánia, Luxemburg, Málta, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szlovákia, Szlovénia

Amennyiben az EU-Kártya kiadása valamilyen okból, átmenetileg nem lehetséges, az illetékes egészségbiztosítási intézmény ún. Kártyahelyettesítő Nyomtatványt ad ki. Alkalmazására ugyanazon szabályok vonatkoznak, mint az EU-Kártya esetében.

A fenti igazolásokkal Magyarországon a külföldi egészségbiztosítás terhére vehetők igénybe azok az egészségügyi szolgáltatások, amelyek a magyarországi tartózkodás során orvosilag szükségessé válnak. Ennek megfelelően a külföldi biztosított az EU-Kártyával közvetlenül a magyar egészségbiztosítással szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatóhoz fordul, akinek úgy kell ellátni a külföldi biztosítottat, mintha magyar biztosított volna. A beteg részére kötelezően nyújtandók a szükséges ellátások, az ellátás költségeinek megtérítésére a beteg nem kötelezhető.

Az orvosi szükségesség fennállásáról elsődlegesen – a körülmények mérlegelésével – a kezelőorvos dönt. Orvosilag szükségesnek nemcsak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülnek, hanem minden olyan ellátás, amely nem halasztható a másik tagállamba történő visszatérésig. Amennyiben az illető nem rendelkezik EGT állampolgárok részére kiadott tartózkodási engedéllyel, csak azon szolgáltatások nyújtandók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak.

Az alábbi ellátásokat minden esetben az EU-Kártya alapján nyújtandó szükséges ellátásnak kell minősíteni:

- dialízis
- oxigénterápia
- speciális asztmakezelés
- kemoterápia
- 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 nyújtandók, az ellátásokat az EU-Kártya adataival kell jelenteni.

Az EU-Kártya nem használható fel akkor, ha a biztosított valamely egészségügyi szolgáltatás igénybe vételének céljából utazott Magyarországra.

Az ellátás költségeit a magyar szolgáltató teljesítményjelentése alapján az OEP előzetesen megtéríti, és a nemzetközi elszámolások során a külföldi biztosítóval utólagosan megtérítetteti. A teljesítményjelentés az „E” térítési kategória megjelölésével történik.

3.2.2 S2 vagy E112 nyomtatvány

A szociális biztonsági koordinációs rendeletok alapján az EGT tagállamok állampolgárai és a svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek egészségbiztosítójuk

engedélye alapján jogosultak más tagállamban tervezetten egészségügyi szolgáltatást igénybe venni.

Az E112 vagy S2 jelű egészségügyi szolgáltatásra jelentkező személy a nyomtatványon megjelölt szolgáltató illetve ellátás esetében ugyanolyan feltételek mellett jogosult az igénybevételre, mint a magyar biztosítottak.

Ha a nyomtatványon egészségügyi szolgáltató és konkrét ellátás nincs meghatározva, akkor az érvényességi időn belül az EGT állampolgár teljes körű, térítésmentes ellátásra jogosult.

3.2.3 Határon átnyúló ellátás a 2011/24/EU irányelv alapján

A 2011/24/EU irányelv alapján az Európai Unió más tagállamainak betegei jogosultak Magyarországon mind a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál, mind magánszolgáltatónál tervezetten határon átnyúló egészségügyi ellátást igénybe venni.

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 igénybevételéhez szükséges igazolások és kötelező adattartalmuk

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

- | | |
|-------------------|---------------------------------------|
| - vezetéknev | - vezetéknev |
| - keresztnév | - keresztnév |
| - születési dátum | - születési dátum |
| | - érvényes biztosítás szerinti ország |
| | - biztosítási szám |
| | - külföldi biztosító neve |

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.

Az ellátás költségeit a külföldi beteg fizeti meg. A bevétel az egészségügyi szolgáltató saját bevételét képezi. Ez a térítési díj nem térhet el attól a díjtól, amelyet a hazai betegek ellátásáért

- közfinanszírozott szolgáltatók esetében a NEAK,
- magánszolgáltatók keretében nyújtott ellátások esetében a szolgáltató által meghatározott szabályzat alapján a hazai beteg térít.

(A magyar közfinanszírozott szolgáltató a 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet megfelelő teljesítmény elszámolási adatlapján „T” térítési kategóriában jelenti az ellátott esetet.)

3.2.4 Egészségügyi ellátás egyezmények alapján⁶

Ukrán állampolgárok ellátása

⁶ A 3.2.4 pontot módosította az 1441/2021.(XI.25.) számú közgyűlési határozat 3. pontja. Hatályos 2021. december 1.

Az ukrán állampolgárok átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásra jogosultak, melyet az úti okmány felmutatásával vehetnek igénybe.

Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése („3” térítési kategória megjelölésével) alapján a NEAK előzetesen megtéríti.

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.

Macedón, koszovói biztosítottak ellátása

A macedón és koszovói állampolgárok átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátást úti okmány felmutatásával vehetik igénybe.

Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése („3” térítési kategória megjelölésével) alapján a NEAK előzetesen megtéríti.

Macedón biztosítottak Magyarországon - a megfelelő jogosultságigazolás birtokán – sürgősségi és tervezett ellátásokat is igénybe vehetnek. Az ellátások jelentése „E” térítési kategóriában történik.

Bosnyák montenegrói és szerbiai biztosítottak ellátása

A bosnyák, montenegrói és szerbiai biztosítottak átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátást a bosnyák biztosítottak a BH/HU 111 nyomtatvánnyal, a montenegrói biztosítottak a CG/HU 111 nyomtatvánnyal, a szerbiai biztosítottak az SRB/HUN 111 nyomtatvánnyal vehetik igénybe. Mind a bosnyák, mind a montenegrói és szerbiai biztosítottak tervezetten is igénybe vehetnek ellátást Magyarországon, amennyiben rendelkeznek BH/HU 112 ill. CG/HU 112, valamint SRB/HUN 112 nyomtatvánnyal.

Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján („E” térítési kategória megjelölésével) a NEAK előzetesen megtéríti, és a nemzetközi elszámolások során a külföldi biztosítóval utólagosan megtérítteti.

Ellátás egészségügyi együttműködési egyezmények alapján

Az alábbiakban felsorolt egészségügyi együttműködési egyezmények hatálya alá tartozó országok állampolgárai Magyarország területén útlevelük bemutatása mellett – az egyéni, helyben szokásos önrészek kivételével – ingyenes ellátásra jogosultak heveny megbetegedés vagy halaszthatatlan orvosi beavatkozást igénylő esetekben.

Az ellátás a „heveny megbetegedés és sürgős szükség” körébe tartozó ellátásokra terjedhet ki, amely feltétlenül szükséges az élet vagy a testi épség súlyos veszélyeztetésének elhárításához,

illetve amely eredményeképpen a beteg olyan állapotba kerül, hogy biztonságosan vissza tudjon térni a hazájába.

Sürgős szükség esetében minden orvosi rendelőben (háziorvosi rendelőben, gyermekorvosi rendelőben, magán-orvosi rendelőben), járóbeteg-gyógyintézetben és kórházban az ott megjelent beteget haladéktalanul a szükséges és lehetséges orvosi ellátásba kell részesíteni.

Államközi egyezmények:

Angola (17/1984. III.27. MT rend.)

Irak (47/1978. X.4. MT rend.)

Jordánia (15/1981. V.23. MT rend.)

Észak Korea (14/1975. IV.14.)

Kuba (1969. évi 16. tvr.)

Kuvait (33/1979. X.14. MT rend.)

Mongólia (29/1974.(VII. 10). MT. Rend.)”

3.2.5 Elismerését kérő, menekült, oltalmazott egészségügyi ellátása

A menedékjogról szóló 2007. évi LXXX. tv., valamint a végrehajtására kiadott 301/2007.(IX.9.) Korm. rendelet intézkedik az elismerését kérő, menekült, valamint oltalmazott egészségügyi ellátásáról.

Fenti személyek meghatározott ellátásra való jogosultságát a menekültügyi hatóság által kiállított, a menedékes személyazonosságát és tartózkodási jogát igazoló okmány igazolja.

Az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személynél az ellátásra való jogosultság megállapításához szükséges formanyomtatványok meglétét a kezelőorvos (ügyeletes orvos) ellenőrzi. A formanyomtatványok hiánya esetén szóbeli tájékoztatást a 06-40/200 347 EU kék számon kérhet. A szükséges dokumentumokkal nem rendelkezők térítési díj fizetésére kötelezettek.

3.2.5.1 Az elismerését kérő egészségügyi ellátása

Ha az elismerését kérő nem áll társadalombiztosítási jogviszonyban, betegsége esetén az egészségügyi szolgáltatások közül az alapellátásban térítésmentesen jogosult:

- a) a háziorvosi ellátás körébe tartozó vizsgálatokra és gyógykezelésre,
- b) sürgősségi fogászati ellátásra és fogmegtartó kezelésre, feltéve, hogy a legalacsonyabb térítési kategóriába tartozó kezelést veszi igénybe,
- c) terhesgondozásra
- d) külön jogszabály szerint a „közgyógyellátásra jogosultak” részére térítésmentesen, illetve „egészségügyi rendelkezés” alapján 90%-os vagy 100%-os társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerre, kötszerre
- d) az életkorához kötött kötelező védőoltásra

Az elismerését kérő háziorvosi ellátása a befogadó állomáson vagy menekültügyi őrizetben történik.

A magánszálláson tartózkodó elismerését kérő a szálláshelye szerinti – területi ellátási kötelezettséggel egészségügyi szolgáltatást nyújtó – háziorvosnál jogosult ellátásra.

A fent felsorolt egészségügyi szolgáltatások díját, illetve a szolgáltatások költségét a menekültügyi hatóság téríti meg az egészségügyi szolgáltatónak, ha annak megfizetését nemzetközi egyezményben Magyarország nem vállalta.

Ha a szolgáltatást a jogosult nem a befogadó állomáson vagy a menekültügyi őrizetben működő egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe, a menekültügyi hatóság a térítésmentes egészségügyi szolgáltatások díját megtéríti az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak. A díj mértéke az egészségügy társadalombiztosítási finanszírozására vonatkozó szabályok alapján, az elvégzett szolgáltatás finanszírozására irányadó rendelkezések alkalmazásával számított adott szolgáltatónak járó díj, azzal, hogy a befogadó állomáson, vagy menekültügyi őrizeten kívül egészségügyi alapellátást nyújtó háziorvos az eseti ellátás díját számolhatja el.

Az egészségügyi szolgáltató az elvégzett szolgáltatást – az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból (továbbiakban E. Alap) történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló jogszabály által – az adott ellátás jelentésére és elszámolására előírt nyomtatványon az egészségügyi szolgáltató jelenti a NEAK részére. A jelentések alapján történő elszámolást – az egészségügyi szolgáltatások szerinti részletezésben – a NEAK havonta megküldi a menekültügyi hatóságnak.

3.2.5.2 Menekült és oltalmazott egészségügyi ellátása⁷

A menekültként, illetve oltalmazottként elismert személy – ha nem áll társadalombiztosítási jogviszonyban – az elismerésről szóló határozat jogerőre emelkedésétől számított hat hónapig egészségügyi ellátásra oly módon jogosult, mint az elismerési eljárás során. A hat hónap leteltét követően az általános társadalombiztosítási szabályok szerint, a biztosított vagy jogosult jogviszony (pl. munkaviszony) alapozza meg az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot.

Ha a menedékes nem áll társadalombiztosítási jogviszonyban, egészségügyi ellátásra oly módon jogosult, mint az elismerési eljárás során

Jogosultság igazolása: érvényes ellátási igazolvány felmutatásával történik.

3.2.5.3 A menekült, menedékes és oltalmazott státusz kérelmezését megelőzően nyújtott ellátás

Az érintett személyek a befogadási eljárásnak az elismerési eljárás megindítása iránti kérelem benyújtása előtti szakaszában vannak, így nem rendelkeznek olyan azonosítóval (igazolvánnyal), amelyet a menekültügyi hatóság elfogadna az ellátásuk finanszírozására.

A jogviszony előzetes igazolása nélkül biztosítani kell számukra a járványintézkedéseken túl a mentést és a sürgős szükség szerinti ellátást. Az azonnali ellátásukat biztosíthatja háziorvosi praxis, háziorvosi ügyelet, járóbeteg-szakellátó vagy fekvőbeteg-ellátó intézmény is.

Amennyiben Községi szabály, nemzetközi szerződés alapján az ellátott személy nem jogosult a térítésmentes egészségügyi ellátásra, az egészségügyi szolgáltató az ellátásért térítési díjat kérhet.

⁷ A 3.2.5.2 pontot módosította a 139 /2017. (IX.28.) számú közgyűlési határozat 4. pontja. Hatályos: 2017. október 15.

Abban az esetben, amennyiben az ellátott az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, az ellátás díját a központi költségvetés biztosítja az E. Alapon keresztül, a vonatkozó eljárás lefolytatását követően.

A szolgáltató az esetet a beteg adatlapjának megküldésével és a térítési díj megfizetésének, illetve a behajtás eredménytelenségének egyidejű igazolásával legfeljebb a teljesítést követő hatodik hónap 5. munkanapjáig jelentheti elszámolásra a finanszírozónak. Tekintettel a menekültek élethelyzetére, esetükben a NEAK a „szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését feltételt” nem vizsgálja.

A személyazonosító típusára a NEAK új pontot vezet be, így az ellátásokat az alábbiak szerint kell jelenteni:

Térítési kategória: „S” Magyarország területén tartózkodó beteg 4.§ (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

Személyazonosító típusa: 9. személyazonosító a menekült, menedékes és oltalmazott státusz kérelmezését megelőzően nyújtott ellátás során

Személyazonosító jel: útlevekszám, vagy amennyiben a beteg nem rendelkezik útlevezzel, a rendőrségi ügyirat száma vagy egyéb nyilvántartási szám

2. Biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül igénybe vehető ellátások az alapellátásban (alapcsomag)

A Magyarország területén tartózkodó személyeknek az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony (pl. biztosítás) előzetes igazolása nélkül, az egészségügyi ellátási alapsomag részeként a következő egészségügyi ellátások járnak:

A) a járványügyi ellátások közül

- a) a kötelező védőoltás (kivéve a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltás),
- b) a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálat,
- c) a kötelező orvosi vizsgálat,
- d) a járványügyi elkülönítés,
- e) a fertőző betegek szállítása,

B) azonnali ellátásra szoruló személy mentése

C) sürgős szükség esetén a jogszabályban meghatározott ellátások

A fenti ellátások közül a mentés és a sürgős szükség miatti ellátás esetén az egészségügyi szolgáltatók kötelesek vizsgálni, hogy ellátások költségei behajthatóak-e. Amennyiben Községi szabály, nemzetközi szerződés alapján az ellátott személy nem jogosult a térítésmentes egészségügyi ellátásra, az egészségügyi szolgáltató az ellátásért térítési díjat kérhet. Abban az esetben, amennyiben az ellátott az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, az ellátás díját a központi költségvetés biztosítja az E. Alapon keresztül, a vonatkozó eljárás lefolytatását követően.

4.1 Sürgős szükség

Az ellátások igénybevétele során a sürgős szükség, mint elhatároló tényező fontos szerepet játszik, ezért fogalmát az egészségügyi törvény definiálja.

Ez alapján sürgős szükségnek minősül az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

A biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül igénybe vehető ellátások körének meghatározása során a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatás minden olyan egészségügyi tevékenység, amely a vonatkozó jogszabály (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.

Magyar, biztosítással nem rendelkező beteg sürgősségi ellátása díjtalan, ezen túl valamennyi ellátása (ide értve a kontroll vizsgálatot is) térítésköteles.

Sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek felsorolását a I. számú melléklet tartalmazza.

3. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére vonatkozó közös rendelkezések az alapellátásban

(1) A háziorvos köteles ellátni az ellátási területén lakó, illetve a hozzá bejelentkezett és általa elfogadott biztosítottakat.

(2) A fogorvos köteles ellátni az ellátási területéhez tartozó körzetben lakó személyeket.

(3) A háziorvos és a fogorvos köteles ellátni továbbá a rendelési idejében hozzá forduló személyeket, ha heveny megbetegedésük vagy krónikus betegségük miatt ellátatlanságuk az egészséget károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezethet.

(4) A biztosítottat a törvény szerint járó egészségügyi szakellátásra a finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa vagy külön jogszabályban meghatározott feladatot ellátó orvos a külön jogszabályban meghatározottak szerint utalhatja be.

(5) A biztosított ellátását nem tagadhatja meg:

a.) beutalóhoz kötött szakellátások esetében a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltató,

b.) a beutalóhoz nem kötött szakellátások esetében a biztosított tekintetében területi ellátási kötelezettséggel rendelkező egészségügyi szolgáltató.

(6) A beutalóhoz kötött szakellátások esetében az egészségügyi szolgáltató köteles elfogadni az Európai Unió más tagállamában az uniós beteg részére az arra jogosult egészségügyi szakember által kiállított beutalót is, kivéve, ha az az egészségügyi szolgáltató számára nem érthető vagy nem nyújt elég információt a beteg egészségügyi állapotáról és az ennek alapján orvosilag szükséges beavatkozások köréről.

(7) 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.

(8) A biztosított tekintetében területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező egészségügyi szolgáltató az (5) bekezdés a), illetve b) pontja szerinti esetben az ellátást – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 77. §-ában meghatározott eset kivételével – megtagadhatja, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását a területen kívüli betegek fogadása veszélyeztetné.

(9) 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.

(10) A járóbeteg-szakellátást, illetve fogászati alapellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató – e törvény végrehajtására kiadott kormányrendeletben meghatározott esetek kivételével – a biztosítottat kérésére köteles – magyar nyelven közérthetően megfogalmazott – elszámolási nyilatkozatban tájékoztatni:

- a.) a biztosított által igénybe vett ellátásról,
- b.) az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevételének feltétele.

(11) Az elszámolási nyilatkozatot egy példányban kell kiállítani, amelyen a kiállító orvos aláírásával igazolja, hogy a biztosított az abban megnevezett ellátást igénybe vette. Az aláírt elszámolási nyilatkozatot a biztosítottnak át kell adni, ennek tényét az egészségügyi szolgáltató elektronikus formában rögzíti.

6. Térítési díjak az alapellátásban

6.1 A biztosított által teljes térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások (továbbiakban teljes térítési díjak)

Azok a magyar és külföldi állampolgárok, akik nem rendelkeznek a magyar társadalombiztosítás keretében nyújtható egészségügyi ellátásra jogosító biztosítással, kötelesek az ellátás teljes költségének megfizetésére. A társadalombiztosítással rendelkezők is csak teljes térítés mellett vehetik igénybe azokat a szolgáltatásokat, amelyek nem tartoznak a kötelező egészségbiztosítási ellátás keretébe.

Ezen ellátások az alapellátásban a következők:

- a külön jogszabályban meghatározott munkahigiénés szűrő-és ellenőrző vizsgálatok,
- külön jogszabályban meghatározott foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben nem a foglalkozásból eredő megbetegedéssel vagy üzemi balesettel kapcsolatos az igénybevétel,
- a külön jogszabály által elrendelt vagy egyéb orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre, illetve egészségbiztosítási ellátásra való jogosultság
- járművezetői alkalmassági vizsgálatok
- lőfegyvertartásra vonatkozó orvosi alkalmassági vizsgálatok
- alkohol, illetve kábítószer hatása alatt állás esetén a detoxikálás
- hatósági eljárásban alkohol, illetve kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálatok, vizeletvizsgálatok
- láttelek kiadása
- a biztosított nem kötelező védőoltással történő immunizálása, kivéve, ha a külön jogszabály szerinti védőoltás térítésmentes
- foglalkoztathatóság szakvéleményezése
- nem orvosi indikáció alapján végzett vizsgálatok, beavatkozások
- magánorvosi beutalóval érkező beteg ellátása (pl. fogászati rtg)
- adatszolgáltatással, iratmásolással kapcsolatos szolgáltatások

6.2 A biztosított által részleges/kiegészítő térítés mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások az alapellátásban (továbbiakban részleges térítési díjak)

- (1) A biztosított részleges térítés mellett jogosult
 - a) 18 éves életkor alatt fogszabályzó készülékre,
 - b) a rágóképesség helyreállítása érdekében jogszabályban meghatározott típusú fogpótlásra.
- (2) A biztosított az alapellátásban kiegészítő térítési díj mellett jogosult az egészségügyi ellátás keretében a saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra.
- (3) A biztosított által is csak részleges vagy kiegészítő térítési díj megfizetése mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások díját arra tekintettel kell megállapítani, hogy az adott ellátás keretében a biztosított részére nyújtanak-e olyan szolgáltatást, amelyre a biztosított térítésmentesen jogosult.
- (4) A megállapított részleges és kiegészítő térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik azzal, hogy a szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét.
- (5) A szolgáltatások részleges térítési díját a szolgáltató állapítja meg azzal, hogy ez nem tartalmazhat az ellátással kapcsolatban olyan beavatkozásra számított díjat, amelyet a biztosított térítésmentesen jogosult igénybe venni.

7. A térítési díjak mértéke és alkalmazásuk módja az alapellátásban

A térítésköteles egészségügyi szolgáltatások igénybevétele esetén az alapellátásban az ellátástól függő, annak mértékével arányos és jogszabályokban meghatározott térítési díjat köteles fizetni az igénybevevő.

7.1 Teljes térítési díjak:

7.1.1 Fogászati röntgen

Teljes térítési díjat fizet a röntgen szolgáltatásért a magán-orvosi beutalóval érkező, valamint a nem Nagykanizsa város fogászati területi ellátási kötelezettségéhez tartozó szolgáltatást igénybe vevő személy.

intraorális röntgen

2.000 Ft

A térítési díj beszedése a szolgáltatás végzésének helyén történik az Intézmény által hitelesített készpénzes számlatömbbe.

A számla kiállítása és a díj átvétele a fogászati röntgen asszisztens feladata.

A számlakönyv ún. szigorú számadású nyomtatvány, ezért a rontott példányokat is meg kell őrizni. Elvesztése, eltűnése azonnal jelentendő. A betelt vagy funkcióját veszített számlatömböket le kell adni az Egészségügyi Alapellátási Intézmény irodájában a gazdasági ügyintézőnek. (házi pénztáros)

A fogászati asszisztens munkaidő végén köteles elszámolni az Intézmény házi pénztárosa felé.

7.1.2 Fogászat⁸

Tevékenység	Díjtételek
Szakvélemények, igazolások	
Fogorvosi látletet készítése	4 000 Ft
Konzílium, szakvélemény készítése	5 000 Ft
Szakvizsgálat	5 000 Ft
Igazolások, tájékoztatás	3 000 Ft
Beavatkozások	
Szájhigiénés tanácsadás	1 000 Ft
Terhességi tanácsadás, szűrővizsgálat	3 000 Ft
Fogorvosi szűrővizsgálat felnőtteknek	5 000 Ft
Gyógyszerrendelés	2 000 Ft
Intraorális érzéstelenítés	2 000 Ft
Esztétikus tömés fényre kötő anyaggal egy felszínen	10 000 Ft
Esztétikus tömés fényre kötő anyaggal két felszínen több felszínen	15 000 Ft 17 000 Ft
Egy gyökerű fog gyökértömése	10 000 Ft
Több gyökerű fog gyökértömése (két csatorna-három csatorna)	20 000 Ft
Íny és nyálkahártya kezelés alkalmanként	2 000 Ft
Korona híd eltávolítása (tagonként)	3 000 Ft
Incisio, circumcisio	4 000 Ft
Gyökérkezelés/alkalom első fog hátsó fog	2 000 Ft 5 000 Ft
Polírozás, fínírozás tömésenként	2 000 Ft
Inlay, onlay (betét)	20 000 Ft
Fogkorona felépítése gyári csappal	10 000 Ft
Fog trepanálása és/vagy fogbél exstirpálása	3 000 Ft
Ideiglenes tömés készítése	4 000 Ft
Érzékeny fogfelszín kezelése	1 000 Ft
Fogkő eltávolítása, supra és subgingivalis egész szájra vonatkozóan	15 000 Ft
Fogak sínezése (kompozittal)	4 500 Ft
Fogeltávolítás	8 000 Ft
Fogeltávolítás komplikált	10 000 Ft
Vérzéscsillapítás (legalább három varattal)	6 000 Ft
Teljes lemezes fogsor készítése	120 000 Ft

⁸ A 7.1.2 pontot módosította az 1441/2021.(XI.25.) számú közgyűlési határozat 4. pontja. Hatályos 2021. december 1.

Korona (porcelán)	25 000 Ft
Híd-horgony behelyezése	25 000 Ft
Fogpótlás korrekció	2 000 Ft
Lemezes fogpótlás javítása lenyomattal	10 000 Ft
Helyi fluoridálás segédeszköz nélkül	2 000 Ft
Barázdazárás (foganként)	4 000 Ft
Ideiglenes gyökértömés készítése	4 000 Ft
Pulpotómia	2 000 Ft
Tejfog tömés – egy felszínen	5 000 Ft
Tejfog tömés – több felszínen	8 000 Ft

A térítési díjak a fogtechnikai költségeket nem tartalmazzák, kizárólag az orvos munkadíját.
A térítési díjak a vállalkozási rendszerben működő fogorvosi praxisok bevételeit képezi.

7.1.3 A 284/1997.(XII.23.) Korm. rendelet 2. számú mellékletének 2-8. pontjaiban, valamint 15-16. pontjaiban meghatározott térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

7.1.4 Egyéb, térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások a házi orvosi/házi gyermekorvosi praxisokban⁹

Tevékenység	Díjtételek
I. Szakvélemények	
Személyi higiénés alkalmassági vizsgálat járványügyi szempontból kiemelt munkakörben történő munkavállaláshoz	4 900 Ft
Örökbefogadó szülő egészségi alkalmassági vizsgálata	8 600 Ft
Gyámnak való alkalmasság megállapítása	8 600 Ft
Egészségpénztárak, üzleti biztosítók felkérésére, valamint jogászai megkeresésére adott szakvélemény	10 600 Ft
Külföldön tanulni, munkát vállalni szándékozó egészségi alkalmasságáról szakvélemény magyar nyelven	10 000 Ft
Minden egyéb, vizsgálatot igénylő, nem finanszírozott véleményezés	10 600 Ft
II. Igazolások	
Tanfolyami részvételhez, külföldi ösztöndíjhoz, beiskolázáshoz	10 000 Ft
Foglalkozás-egészségügy kérésére, a korábbi ill. gondozott betegségekről	5 700 Ft
Külföldi utazáshoz gyógyszereszedési igazolás kiállítása – magyar nyelven	3 400 Ft
Más országban rendszeresített idegen nyelvű igazolás	6 300 Ft

⁹ A 7.1.4 pontot módosította az 1441/2021. (XI.25.) számú közgyűlési határozat 4. pontja. Hatályos 2021. december 1.

kitöltése oltottságról, gyógyszereszedésről	
III. Beavatkozások (Nem a házi orvos kezdeményezésére, illetve „Barna” TAJ számú beteg ellátása)	
A páciens kezdeményezésére – vagy más szolgáltató kérésére történő vizsgálat, beavatkozás végzése a rendelőben (alkalmanként) (pl. EKG sportorvoshoz, szemműtéthez, sebészet kérésére), illetve ezek végzése „barna” TAJ számú betegnek, a sürgősségi ellátáson kívül	7 200 Ft
Elektronikusan tárolt leletek nyomtatása, leletmásolás	2 000 Ft
Járványügyi érdekből nem kötelező védőoltással történő immunizálás, kivéve a térítésmentes védőoltással történő immunizálást, a pneumococcus baktérium, a human papilloma vírus és az influenza megbetegedés elleni immunizálást (az oltóanyag árát nem tartalmazza)	3 400 Ft
Vérvétel a rendelőben	3 400 Ft
Infúzió beadása a rendelőben (alkalmanként)	10 000 Ft
Lakáson, a beteg kezdeményezésére – nem sürgős, nem fekvőbeteg – történő „kényelmi” látogatása, megkezdett 15 percenként, illetve „barna” TAJ számú beteg látogatása	4 300 Ft
Injekció adása „barna” TAJ számú betegnek, gyógyszer ára nélkül	3 400 Ft
IV. Kiszállási díj lakáson végzett nem finanszírozott tevékenységhez	
Kiszállási díj kilométerenként	200 Ft

7.2 Részleges térítési díjak:

Technikai költségekre vonatkozik, orvosi munkadíj nincs. A technikai költségeket külön jogszabály szabályozza.

7.2.1 Fogsabályozás¹⁰

Intézményünkben a fogsabályozás szakrendelő a 9-18 éves korosztály kedvezményes ellátását végzi. A betegeket beutalóval fogadjuk behívólevél alapján. A páciens azonosítását TAJ kártya/személyigazolvány/lakcímkártya alapján végezzük.

A fogsabályozás tevékenység egyrészt orvosi munkából, másrészt fogtechnikai tevékenységből áll. A 18 éven aluliak a fogorvosi munkára térítésmentesen, a fogsabályozó készülékekre pedig a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III.14.) EüM rendeletben foglaltak szerint jogosultak. A térítés mértéke az orvos által megállapított elváltozás mértékétől és a készülék típusától függ.

Térítési díjak:

¹⁰ A 7.2.1 pontot módosította az 1441/2021. (XI.25.) számú közgyűlési határozat 5. pontja. Hatályos: 2021. december 1.

Kivehető készülékek

- Pitvarlemez (Hinz cumi) 3.360 – 5.500 Ft
- Retenciós lemez 7.000 – 14.000 Ft

Aktív készülékek

- Tágitócsavaros lemez 1 állcsontra 8.000 – 17.000 Ft
- Kétcsavaros lemez 1 állcsontra: 6.200 – 16.000 Ft

Funkciós készülékek 2 állcsontra

- Hansa készülék 8.600 – 26.000 Ft
- Fränkel készülék 8.600 – 26.000 Ft

Rögzített készülék

- Alsó-felső multiband 26.000 Ft

Ívcsere:

8.000 Ft/db

Rugó beépítés:

200-400 Ft/db

Extra csavar beépítés

1.000 Ft/db

A térítési díj befizetésére az egyéni kezelési terv elfogadást követően kerül sor postautalványon.”

8. Térítési díj megfizetésének módja

Valamennyi egészségügyi szolgáltatónak a részleges és teljes térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatásai jegyzékét, az ellátottak számára hozzáférhető helyen nyilvánossá kell tenni. Jelen szabályzatban foglaltak alapján, az Intézmény az adott szervezeti egységre vonatkozó „Térítési Díj Szabályzat kivonatát” az ellátó helyen, jól látható módon kifüggeszti, valamint a betegek tájékoztatása céljából a teljes szabályzat minden szervezeti egységnél elérhető.

Térítésköteles ellátást, amennyiben azt az ellátó részleg vállalja, csak a beteggel történt előzetes tájékoztatás után szabad elkezdni, a tájékoztatás megtörténtét a beteg aláírásával igazoltatni kell a részleg által használt dokumentáción.

Az érintettet külön tájékoztatni kell a térítési díj várható mértékéről, a teljesítés után pedig a biztosított részére az egészségügyi szolgáltató számlát/nyugtát ad kérés szerint, amely tartalmazza az igénybe vett szolgáltatást és a szolgáltatás / szolgáltatásokért fizetendő forintösszeget. A számla/nyugta adás a hatályos jogszabályoknak megfelelően történik. Számla kiegyenlítése történhet készpénzzel vagy postautalványon. Nyugta kiegyenlítése készpénzzel.

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

9. Hatályba léptető rendelkezések

Jelen Térítési Díj Szabályzat Módosítás 2021. december 1. napján lép hatályba.

Jelen módosítás kizárólag az Egészségügyi Alapellátási Intézmény 2015. december 1. napján kelt Nagykanizsa Megyei Jogú Város Közgyűlése 229/2015. (XI. 25.) számú határozatával jóváhagyott és Nagykanizsa Megyei Jogú Város Közgyűlése 139/2017.(IX.28.) számú

határozatával módosított Térítési Díj Szabályzatával együtt érvényes. A Térítési Díj Szabályzat jelen módosítással nem érintett pontjai továbbra is hatályban maradnak.

Nagykanizsa, 2021. december 1.


Stimeczné Dr. György Bernadette
intézményvezető



MELLÉKLETEK:

1. számú melléklet: A sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek az 52/2006. (XII.28.) EüM. rendelet alapján

Az Egészségügyi Alapellátási Intézmény Térítési Díj Szabályzatának 2. számú módosítását Nagykanizsa Megyei Jogú Város Közgyűlése az 1441/2021. (XI.25.) számú határozatával hagyta jóvá.

Szabályzat I. számú melléklete

A sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek az 52/2006. (XII.28.) EüM rendelet alapján

- életet veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyével járó (külső és belső) vérzés,
- átmeneti keringés-és/vagy légzésleállással járó állapotok (pl. embólia, syncope, fulladás, életet veszélyeztető ritmuszavarok, Adams-Stokes-Morgagni szindróma, klinikai halál állapota),
- életveszélyes endokrin- és anyagcsere állapotok, a folyadék-és ion-háztartás életveszélyes zavarai,
- központi idegrendszeri kompresszió veszélyével járó kórképek (pl. agyödéma, fejfájás, szédülés, tumor, gyulladás, trauma, fejlődési rendellenesség),
- eszméletlen állapotok,
- hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, szemsérülés,
- status epilepticus és tüneti görcsrohamok,
- szepszis,
- magas halálozású, vagy súlyos szövődmények kialakulásának veszélyével járó hirtelen fellépő, vagy progrediáló, nem-sebészeti betegségek és érkatasztrófák ellátása,
- szülés, koraszülés, lepényleválás, súlyos terhességi toxémia, eclampsia, újszülött ellátása, akut nőgyógyászati vérzés,
- sokk megelőző és sokkos állapotok, életveszélyes allergiás és anaphylaxiás állapotok, szisztémás és poliszisztémás autoimmun betegségek krízis állapotai,
- az immunrendszer fokozott, vagy kóros működésén, illetve a csontvelői vérsejtképzés elégtelenségén alapuló heveny vérsejthiány-állapot,
- veleszületett vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély,
- akut légzési elégtelenség, légúti szűkület (pl. gégeödéma, asztmás roham, idegentest, fulladás),
- mérgezések,
- akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkal járó kórképek
- égés-fagyás (III.-IV. fokú, nagy kiterjedésű I.-II. fokú és/vagy az életminőség szempontjából különösen veszélyeztetet testtájak vagy a légutakat érintő)
- elsődleges sebellátás
- testüregek (koponya, mellkas, has) és parenchymás szervek (szív, tüdő, lép, máj, vese) sérülése
- compartement szindrómák
- nyílt törések és decollement sérülések
- amputációk (replantációs lehetőségekkel vagy azok nélkül)
- súlyos medencegyűrű törések
- politraumatizáció, többszörös sérülések
- bűvárbalesetek, magassági betegség, keszonbetegség, barotrauma
- áramütés, elektrotrauma
- hő- és hidegártalom, kihűlés, hypothermia, hyperthermia, napszúrás, hóguta
- súlyos akut sugárártalom és sugárbetegség
- öngyilkossági kísérlet és szándék, mentális állapottal összefüggő közvetlen veszélyeztető állapot
- heveny pszichés zavarok, pszichózisok

- **infektológiai kórképek, melyek önmagukban vagy szövődményeik révén az életet veszélyeztető állapotot idéznek elő.**