

Térítési díjak a magyar egészségügyben



**Egészségbiztosítási
Felügyelet**

2010. július

Tartalomjegyzék

Vezetői összefoglaló	3
Előszó.....	4
A térítési díjból származó bevételek jelentősége.....	6
Szabályzat, fizetési gyakorlat, önkéntes pénztári kapcsolatok	7
Többletköltséget okozó ellátások igénybe vételének lehetősége	9
Az OEP által nem finanszírozott egyes ellátások térítési díjai	10
MR- és CT-vizsgálatok térítési díjai TB-n kívüli igénybevétel esetén.....	12
Halottkezelés díjai	14
Dokumentáció másolásának díjai.....	15
Emelt komfortfokozatú kórtermek	16
Kényelmi szolgáltatások	20
Fix térítési díjas szolgáltatások nyújtása	23

Vezetői összefoglaló

Az Egészségbiztosítási Felügyelet 187 egészségügyi ellátó intézmény számára küldte el 2010 márciusában térítési díjakra vonatkozó adatgyűjtő kérdőívét. A 153 fekvőbeteg-ellátást végző intézmény közül 120 küldött vissza kitöltött kérdőívet, ez (ágyszámok alapján) a teljes hazai fekvőbeteg-ellátó kapacitás 83%-át jelenti. A 187 megkeresett intézményből 161 nyújt OEP-finanszírozott járóbeteg-ellátást is. Közülük 131 intézménytől kapott adatokat a Felügyelet, mely így a járóbeteg-ellátás kapacitásának 83,4%-át jelenti.

A Felügyelet az elemzést két fő céllal készítette el. Egyrészt át kívánta tekinteni azt, hogy az egészségügyi ellátás mely területein milyen szolgáltatásokért jogosultak az intézmények térítési díjat felszámítani, másrészt be kívánta mutatni a térítésidő-fizetési gyakorlatokat, illetve a konkrét díjak legfontosabb statisztikai jellemzőit. Az elemzés külön tárgyalja emellett annak kérdéskörét is, hogy az intézmények teljes bevételeiből a térítési díjból származó bevételek mekkora hányadot képviselnek.

Az elemzés főbb megállapításai:

- Az intézmények az Ebtv. 23. §-a alapján (a terhességvizsgálás és a szülészeti ellátás kivételével) az orvosválasztásért, a fekvőbeteg-ellátó intézmény választásáért, illetve a fekvőbeteg-ellátás beutaló nélküli igénybevételeért az ellátás OEP-finanszírozott díjának (de összesen maximum 100 000 forintnak) a beszedésére jogosultak a betegtől.
- 2008-ban és 2009-ben a vizsgált intézmények betegellátásból származó bevételeiből átlagosan 2,61, illetve 2,63%-át tett ki a térítési díjból származó bevétel.
- Az intézmények 96%-a rendelkezik térítésidő-szabállyal.
- Részletfizetésre 55 intézmény biztosít lehetőséget, előlegfizetési kötelezettséget pedig 42 intézmény ír elő, átlagosan 25 815 forintos összeghatár fölött (a leggyakoribb érték 30 000 forint), átlagosan a térítési díj 67%-át.
- Egy-egy intézmény átlagosan 4 egészségpénztárral áll szerződéses kapcsolatban, egy-egy egészségpénztár pedig a válaszadó intézmények 11%-ával (15 intézménnyel).
- A halottmosdatás és -öltöztetés térítési díjai 45 intézmény adatai alapján nagyon nagy szórást mutatnak. 17 intézmény térítésmentesen biztosítja ezek a szolgáltatásokat. A fennmaradó 28 intézményben a térítési díjak 2500 Ft és 16250 Ft között szóródnak. Az átlagos díj 8250 Ft (ha az ingyenesen szolgáltató intézményeket is számításba vesszük, akkor az átlag 5130 Ft).
- A szolgáltatók 20%-a (22 szolgáltató) ingyenesen biztosítja pácienseinek az intézménynél tárolt betegdokumentáció másolását. A legelterjedtebb fizetési módszer az oldalankénti fénymásolási díj felszámítása. Az oldalankénti fénymásolási díj A/4-es méretű másolat esetében 4 Ft és 800 Ft között ingadozik, átlagosan körülbelül 100 Ft.
- A Felügyelet – habár hivatalos osztályozás nem létezik erre vonatkozóan – fontosnak tartotta, hogy a kórtermek között a biztosítottak számára releváns szempontok alapján különböző kategóriákat alakítson ki, így téve pontosabbá és összehasonlíthatóvá a rendelkezésre álló információkat. Az aktív fekvőbeteg-ellátásban az egyágyas szobák napi térítési díjának átlaga komfortfokozattól függően 4000 és 13000, a kétágyas szobák átlaga 245 és 7200 forint között ingadozik. Krónikus ellátás esetében a hasonló értékek 2100-4600 és 323-3368 forint között mozognak. A betegek kísérői számára naponta 3400-7600 forint közötti díjért biztosítanak szállást az intézmények.

Előszó

Magyarországon közkeletű az a vélekedés, hogy az egészségügyi ellátás a közfinanszírozott intézményekben ingyenes, miközben a gyógyszerek esetében ugyanakkor teljes mértékben megszokott dolog a térítési díj fizetése. Térítési díjat azonban a hatályos jogszabályok¹ szerint azonban nemcsak a gyógyszerért, de a kórházakban is kérhetnek a biztosítottól.

Az intézmények a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban Ebtv.) 23. §-a alapján az orvosválasztásért (kivéve a terhesgondozást és a szülészeti ellátást), a fekvőbeteg-ellátó intézmény választásáért, illetve a fekvőbeteg-ellátás beutaló nélküli igénybevételéért az ellátás OEP-finanszírozott díjának (de összesen maximum 100 000 forint) beszedésére jogosultak a betegtől. Mivel ezeknek a díjaknak a beszedése a gyakorlatban igen korlátozott mértékben érvényesül, ezért ezzel az elemzés során nem foglalkozunk. Mivel az elemzés alapvető célja, hogy a biztosított jogviszonnal rendelkező magyar állampolgárok számára is csak térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatásokat mutassa be, így nem tér ki a biztosított jogviszonnal nem rendelkező magyar, illetve külföldi állampolgárok által fizetendő térítési díjakra sem.

Az elemzés az alábbi témakörökre terjed ki:

- A térítési díjakból származó bevételek jelentősége
- Térítésidej-szabályzat, díjfizetési gyakorlat
- Többletköltséget okozó ellátások igénybe vételének lehetősége
- Az OEP által nem finanszírozott egyes ellátások térítési díjai
- MR- és CT-vizsgálatok térítési díjai tb-n kívüli igénybevétel esetén
- Halottkezelés díjai
- Dokumentáció másolásának díjai
- Emelt komfortfokozatú kórtermek
- Kényelmi szolgáltatások
- Fix térítési díjas szolgáltatások nyújtása

Az elemzés is ezt a logikai sorrendet követi. A térítési díjak intézményi bevételekhez viszonyított arányát követően a térítésidej-szabályzatok elérhetőségét, illetve a díjfizetéssel kapcsolatos megállapításokat fogalmazza meg, ezt követően az intézmények saját hatáskörében megállapított díjak mértékét elemzi, végül pedig a jogszabály által konkrétan meghatározott térítési díjú szolgáltatások elérhetőségét mutatja be.

¹ 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgálatról

284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról

34/1999. (IX. 24.) BM-EüM-IM együttes rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a halottakkal kapcsolatos rendelkezései végrehajtásáról, valamint a rendkívüli halál esetén követendő eljárásról

32/1992. (XII. 23.) NM rendelet a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról

46/1997. (XII. 17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátásokról

Az Egészségbiztosítási Felügyelet 187 intézmény (valamennyi fekvőbeteg-ellátó, CT- vagy MR-diagnosztikai szolgáltatást, illetve IVF-kezelést nyújtó járóbeteg-ellátó) számára küldte el 2010 márciusában a térítési díjakra vonatkozó adatgyűjtő kérdőívét. 2010. május 18-ig 146 intézmény szolgáltatott adatot, az elemzés során ezek adataira támaszkodtunk.

A 153 fekvőbeteg-ellátást végző intézmény közül 120-tól kapott a Felügyelet kitöltött kérdőíveket, ez a teljes hazai fekvőbeteg-ellátó kapacitás 83%-át jelenti. Az 1000-nél több ágygal rendelkező intézmények közül mindössze három nem küldte vissza a kitöltött kérdőíveket (Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai, Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Kft., MISEK Nonprofit Kft.).

A 187 megkeresett intézményből 161 nyújt OEP-finanszírozott járóbeteg-ellátást, közülük 131 intézménytől kapott adatokat a Felügyelet, melyek a járóbeteg-ellátás kapacitásának 83,4%-át jelenti. 16 olyan intézmény is szerepelt a megkeresettek között, akik elsősorban CT/MR-diagnosztikai szolgáltatást nyújtanak, közülük 9 intézmény küldte vissza a kitöltött kérdőívet. A kimondottan asszisztált reprodukciót végző intézmények közül a Sterilitás Kft. és a Forgács Intézet szolgáltatott adatokat, a Kaáli Intézetek és a Pannon Reprodukciós Intézet nem. A DE OEC megadta az IVF-szolgáltatás árait, a Semmelweis Egyetem és a PTE nem adott meg adatot az IVF-ellátásra vonatkozóan. A 146, a kérdőívet beküldő intézmény közül 62 nyújt valamilyen egynapos sebészeti ellátást, éves szinten összesen 71 580 beavatkozással kapacitással.

A 146 válaszadó közül 12, kis kapacitású intézmény semmilyen térítési díjas szolgáltatást nem nyújt, így a számítások során az általuk szolgáltatott adatokat nem vettük figyelembe. Amint az egyes témáknál látható, több esetben kérdésünkre kevés intézmény tudott releváns és feldolgozható választ adni, így az egyes adatok bemutatása során mindenhol feltüntetjük az adatot szolgáltató intézmények elemszámát is. A [kiküldött kérdőív](#) tartalmának összeállítása során a Felügyelet konzultált az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületével, a Magyar Kórházzövetséggel és a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetséggel is, a felméréshez nyújtott segítségüket a Felügyelet ezúton köszöni meg.

A térítési díjból származó bevételek jelentősége

Az intézményektől a kérdőívben 2008-ra és 2009-re vonatkozóan három, egyre szűkebb tartalmú bevételi adatot kért be a Felügyelet. Ezekből került kiszámításra az, hogy az egyes intézmények betegellátásból származó bevételeinek hány százalékára tehető a térítési díjból származó bevétel.

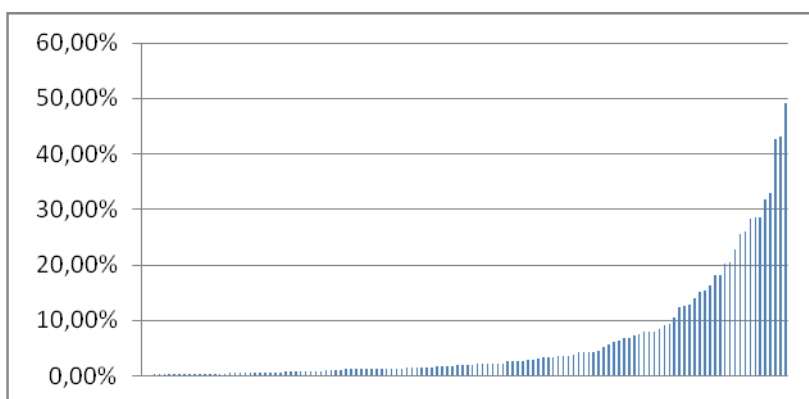
A három kategória az alábbiakat jelentette:

- Az intézmény összes bevétele
- Az intézmény betegellátásból származó bevétele (a betegtől, a beteg egészségbiztosítójától vagy az OEP-től származó bevétel)
- Az intézmény OEP-től kapott bevétele

Tekintettel arra, hogy sok intézmény félreértette a kért adatok tartalmát (pl. az intézmény betegellátásból származó bevételei között láthatóan nem vették figyelembe az OEP-től kapott bevételeket stb.), így a szükséges adatok előállítására komoly adattisztítást igényelt. Az adatok alapján az alábbiak jelenthetők ki:

- 2008-ban és 2009-ben a vizsgált intézmények betegellátásból származó bevételeiből átlagosan 2,61, illetve 2,63%-át tett ki a térítési díjból származó bevétel.
- Az intézmények 70%-ának összes bevételeinek kevesebb mint 5%-át adják a térítési díjak. 20% esetében a térítési díjak a bevétel 5-20%-át adják, 10% esetében pedig 20%-nál magasabb hányadot képviselnek. A legmagasabb arány 49%.
- A legmagasabb bevételarányos térítésszázalékkal rendelkező intézmények tevékenységének meghatározó részére nem rendelkeznek OEP-finanszírozási szerződéssel, a magas arányok ennek köszönhetőek.

Az alábbi ábrán a térítési díjból származó bevétel összes bevételhez viszonyított aránya látható az összes vizsgált intézmény vonatkozásában (az x tengelyen az egyes intézmények, az y tengelyen az arány található). Az intézmények nagy részében tehát csekély bevétel származik térítési díjból, és csak kis részükre jellemző, hogy ez magas arányt tesz ki.



Szabályzat, fizetési gyakorlat, önkéntes pénztári kapcsolatok

A 134 vizsgált intézményből 129 db (96%) rendelkezik **térítésidíj-szabályzattal**. A 129 intézményből 52 esetben (40%) az interneten is hozzáférhető a szabályzat. Az intézményeken belül 72 helyen van kifüggesztve a szabályzat (56%), 70 intézményben elkérhető (54%), 56 intézményben pedig egyéb módon (43%) érhető el. Az Ebtv. 25. § alapján:

„**25. § (1)** Az egészségügyi szolgáltató jól látható helyen kifüggeszti a térítési díjak feltüntetésével a szolgáltatónál térítési díj fizetése mellett igénybe vehető szolgáltatások jegyzékét, továbbá a szolgáltatás megkezdése előtt a biztosítottat tájékoztatja az indokolt és az általa igényelt térítésköteles szolgáltatások díjáról.”

Az intézményekben a térítési díjak fizetésére az alábbi módok állnak rendelkezésre:

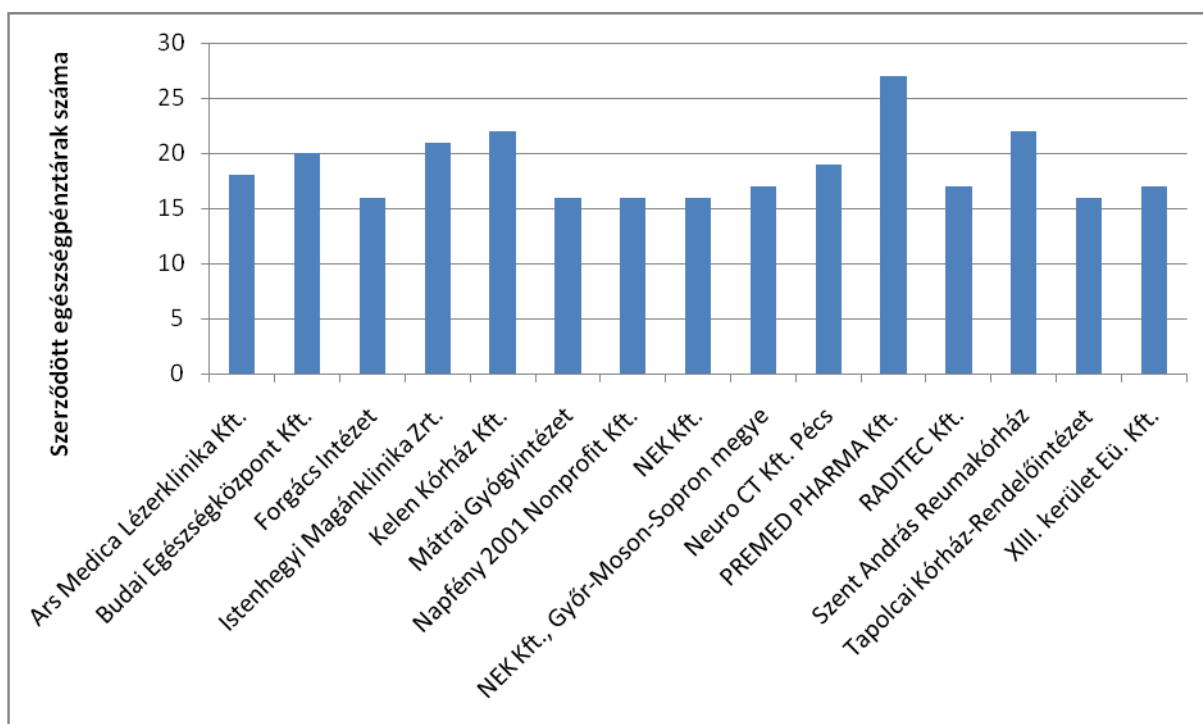
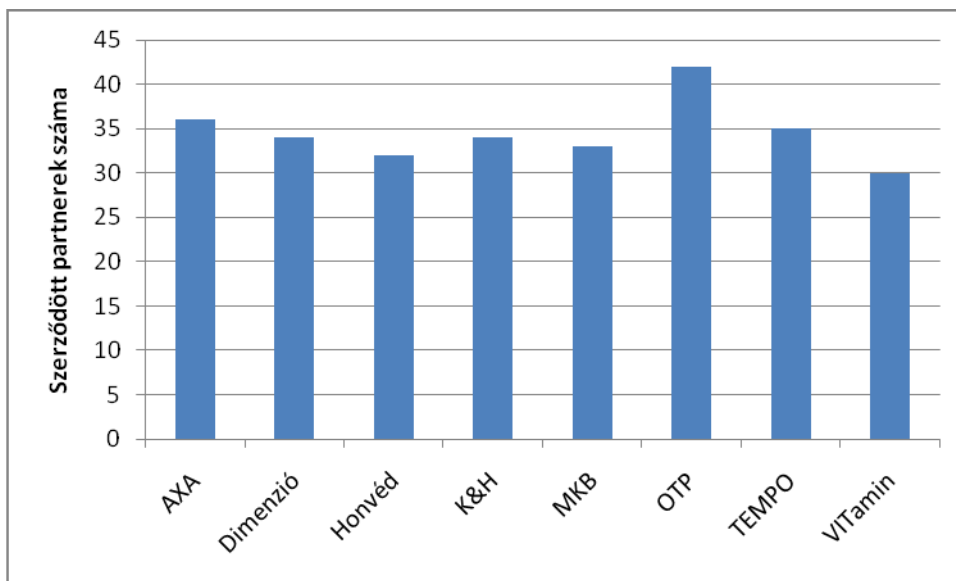
Fizetési mód	Intézmények száma	Intézmények százaléka
Készpénz	132	99%
Bankkártya	21	16%
Átutalás számláról	92	69%
Sárga csekk	66	49%
Önkéntes egészségpénztári kártya	18	13%

Részletfizetésre 55 intézmény biztosít lehetőséget, előlegfizetési kötelezettséget pedig 42 intézmény ír elő, átlagosan 25 815 forintos összeghatár fölött (a leggyakoribb érték 30 000 forint), átlagosan a térítési díj 67%-át.

Az intézményektől a Felügyelet megkérdezte azt is, hogy a jelenleg működő 37 egészségpénztár közül hányval állnak szerződéses kapcsolatban (azaz hány egészségpénztár tagjai vehetik igénybe esetlegesen egészségpénztári kedvezményrel a térítési díjas szolgáltatást vagy fizethetnek elektronikusan, amennyiben erre egészségkártyájuk képes²). Egy-egy intézmény átlagosan 4 egészségpénztárral áll szerződéses kapcsolatban, egy-egy egészségpénztár pedig a válaszadó intézmények 11%-ával (15 intézménnyel).

A legtöbb partnerrel rendelkező intézményeket és egészségpénztárakat a következő két ábra mutatja.

² Az OEP-szerződéssel rendelkező szolgáltatónál igénybe vett ellátás számlája akkor is elszámolható az egészségpénztár felé, ha a pénztárnak az adott intézménnyel nincsen külön szerződése. Ebben az esetben viszont az intézmény sem ad kedvezményt az egészségpénztári tagnak, illetve az elszámolás is csak utólagos visszatérítéssel történhet.



Többletköltséget okozó ellátások igénybe vételének lehetősége

A kérdőív egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó részének elején két, az **ellátás szakmai tartalmát** érintő (a szakmai standardhoz képest többletköltséget okozó) ellátás szerepelt. Sok intézménytől azonban nehezen értelmezhető válaszok érkeztek, ráadásul az adattisztítást követően kevés olyan intézmény maradt, amely egyáltalán nyújtotta volna ezt a két szolgáltatást.

1. Speciális könnyített gipsz alkarra történő felhelyezése:

- Nem végez ilyen beavatkozást: 90 intézmény
- A beavatkozás nem jár többlettérítéssel: 6 intézmény
- A gipszet a beteg veszi, de ingyenes a felhelyezés: 16 intézmény
- A beteg a kétféle gipsz árkülönbözötét fizeti: 2 intézmény
- A beavatkozás térítésköteles: 8 intézmény (2650-9000 forint között)
- Nincs válasz: 12 intézmény

2. Van-e lehetőség protézisbeültetés alkalmával a többletköltség megtérítése mellett másik (a kórház által biztosítottól eltérő) típus választására?

- Nem végez ilyen protézisbeültetést: 84 intézmény
- Nincs lehetőség másik protézis választására: 29 intézmény
- Van lehetőség másik protézis választására a többletköltség megtérítésével: 11 intézmény
- Nincs válasz: 10 intézmény

Az intézményektől a Felügyelet megkérdezte azt is, hogy a fenti két szolgáltatáson kívül nyújtanak-e egyéb, többletköltséget okozó szolgáltatást a betegek részére. Erre a kérdésre 25 intézmény válaszolt igennel, átlagosan 5-6 további térítési díjas szolgáltatást felsorolva. Ezek között a leggyakoribb a tüdőszűrés, emellett több intézmény olyan szolgáltatást sorolt fel, amelyre a kérdőív későbbi részében tételesen rákérdez.

Az OEP által nem finanszírozott egyes ellátások térítési díjai

Az Ebtv. 18. § 6) alapján:

„(6) Az egészségbiztosítás terhére nem vehetők igénybe

a) a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatások,

b) az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatékony ellátások.”

A törvény ezen pontjához kapcsolódó rendelet tételesen felsorolja azt a 17 szolgáltatást, amely ezen körbe tartozik. A Felügyelet emellett rákérdezett a mesterséges megtermékenyítés (IVF – in vitro fertilizáció) térítési díjaira is (IVF esetén a tb 5 ciklust finanszíroz). A kapott eredményeket az alábbi táblázat foglalja össze. **Fontos megjegyezni, hogy az alábbi táblázatban az intézményi adatszolgáltatások további szűrés nélkül kerültek összesítésre, így számos beavatkozás esetében a rendkívül nagy különbségek minden bizonnyal arra vezethetők vissza, hogy az intézmények nem ugyanazt a tartalmat értették az egyes megnevezések alatt.**

Beavatkozás megnevezése	Válaszadó intézmények száma	Térítési díj (Ft)		
		Minimum	Maximum	Átlagos
sterilizáció	50	11440	135750	51080
PSA-meghatározás (szűrés)	33	1000	121282	8155
manuálterápia (30 perc)	11	552	8000	2416
nem kötelező védőoltás	10	1000	4900	1947
külsőfül alaki korrekciója	20	3917	210000	106393
orrkorrekció	17	5058	500000	143008
izomrekonstrukció	3	1457	260352	88434
mellbimbó plasztika	10	1380	320388	92958
emlőplasztika	14	81600	600000	256705
emlő bőrének plasztikája	13	4039	500000	207909
hegkímetszés	11	950	180000	61782
heg vagy zsugorodás kímetszése	8	950	180000	87058
ráncplasztika (arc)	10	60000	500000	236005
hajátültetés	1	150000	150000	150000
lézeres szőrtelenítés (arc)	1	150000	150000	150000
dermabrasio	6	201	70000	13788
tetoválás eltávolítása	6	30000	150000	72158
IVF-ciklus 6. alkalomtól	5	300000	690000	394307
IVF-ciklus ambuláns vizsgálatai	1	30000	30000	30000

Sok ellátás esetében alacsony az esetszám, így ott a statisztikai mutatókat csak korlátozottan érdemes figyelembe venni. A közepes és nagy elemszámú ellátások esetében is szembeűnő ugyanakkor az, hogy mekkora a válaszok szórása: az egyes ellátások esetében a legalacsonyabb és a

legmagasabb térítési díj között jellemzően többszörös a szorzó. Az eltérések hátterében minden bizonnyal jelentős tényező lehet az, hogy az egyes intézményekben nem ugyanaz az egyes ellátások tartalma (pl. van olyan eset is, amikor a hotelszolgáltatást is a térítési díj részének tekintik) – de még a pontos OENO-, illetve HBCS-kóddal megadott manuáalterápia és IVF-ciklus esetében is többszörös az eltérés.

Az OEP által nem finanszírozott szolgáltatások közül a legköltségesebb ellátások a plasztikai beavatkozások. Mindegyik, a Felügyelet által vizsgált beavatkozás (külsőfül, orr korrekciója, emlő-, mellbimbó- és arcplasztika) esetében meghaladja a 100 000 Ft-ot az átlagos térítési díj. A legdrágább beavatkozások térítési díja eléri a félmillió Ft-ot is. A beavatkozás díjához hozzá kell még számolni a beültetett protézis, implantátum árát is.

A PSA-meghatározás (ami a prosztatata megbetegedéseinek szűrésére alkalmas vizsgálat) térítési díja is igen széles skálán szóródik: 1000 Ft-tól 12 000 Ft-ig terjed az intézmények által szedett térítés. Az átlagos térítési díj 33 intézmény adatai alapján 4619 Ft.

Az in vitro fertilizációt (megtermékenyítés lombikban) az egészségbiztosító biztosítottanként 5 alkalommal finanszírozza. A 6. alkalomtól a beavatkozást térítési díj ellenében végzik a szolgáltatók, a Felügyelet kérdőívére választ adó intézményekben ez 300 000 és 690 000 Ft között szóródik. (A beavatkozás OEP-finanszírozása jelenleg 275 400 Ft-tól kezdődik – több, eltérő súlyú HBCS is tartozik ebbe a körbe.)

A nem orvosi indikációra végzett sterilizáció térítési díjai³ is igen nagy szórást mutatnak.⁴ A legalacsonyabb és a legmagasabb díj között több mint tízszeres a különbség. Az átlagos térítési díj 50 intézmény adatai alapján valamivel több mint 50 000 Ft.

A térítési díjakat a szolgáltatók általában az egészségbiztosító által az ellátásért az intézménynek fizetett finanszírozási összeghez viszonyítva határozzák meg. Van olyan intézmény, amely az OEP-finanszírozással megegyező térítési díjat kér a páciensektől, általánosabb azonban, hogy valamilyen szorzóval növelve számítják ki a térítési díjat. Két számítási metódus különböztethető meg: az intézmény vagy a beavatkozás ONEO-pontértékét szorozza be egy meghatározott forintösszeggel (például 8 Ft/németpont – ez jelenleg 5-szörös árszorónak felel meg az OEP által fizetett díjhoz képest) vagy a beavatkozás aktuális forintértékét (tehát az egészségbiztosító által az ellátásért fizetett összeget) szorozza fel valamilyen 1-nél nagyobb szorzóval (jellemzően 1,5 és 3 közötti szám a szorzó).

³ Ahol több adat is rendelkezésre állt, a női sterilizáció díját vettük figyelembe.

⁴ Van, ahol a hotelszolgáltatást is magába foglalja a térítési díj.

MR- és CT-vizsgálatok⁵ térítési díjai TB-n kívüli igénybevétel esetén

A CT-, illetve MR-vizsgálatok térítési díjairól 38, illetve 24 intézménytől kapott a Felügyelet elemzésre alkalmas adatokat. A szolgáltatóktól vizsgálati terület szerint az agykoponya-, gerinc-, medencevizsgálatok, az MR-angiográfia, illetve a mellkas CT-vizsgálatok térítési díjait kérte be a Felügyelet. A térítési díjakat többnyire a vizsgált testterület határozza meg, illetve az, hogy szükséges-e kontrasztanyag felhasználása a vizsgálathoz, ami jelentősen megnöveli az eljárások költségét. A kontrasztanyagot tartalmazó vizsgálatok CT esetén átlagosan 17000 Ft-tal, MR esetén átlagosan 30000 Ft-tal kerülnek többre a natív (kontrasztanyag nélküli) vizsgálatoknál.

Beavatkozás megnevezése	Válaszadó szolgáltatók száma	Minimum	Maximum	Medián	Számtani átlag	OEP-finanszírozás
MR, agykoponya, natív	24	7946	81630	27905	31432	15891
MR, agykoponya, natív+kontrasztos	24	30000	235965	66952	84389	45935
MR, gerinc, natív	24	15891	81630	27905	32095	15891
MR, gerinc, kontrasztos	20	29209	150045	47465	58816	29209
MR, gerinc, natív+kontrasztos	24	30000	231670	66324	85231	45098
MR, medence, natív	24	15891	81630	27905	32511	15891
MR, medence, kontrasztos	19	29209	146044	43814	54014	29209
MR, medence, natív+kontrasztos	24	30000	231670	68824	83772	45098
MR, angiográfia, nem kontrasztos	22	8363	42960	16955	20432	8363
MR, angiográfia, kontrasztos	20	30000	174229	59490	63387	34846
CT, agykoponya, natív	38	5563	39000	12000	14485	5563
CT, agykoponya, kontrasztos	32	11887	65136	23388	29129	11887
CT, agykoponya, natív+kontrasztos	38	13840	102000	35000	40988	17450
CT, gerinc, natív	38	5563	39000	12000	14804	5563
CT, gerinc, kontrasztos	31	14800	81096	26640	32735	14800

⁵ CT: computer tomográfia, más néven számítógépes rétegvizsgálat.

MR: mágneses rezonancia.

Beavatkozás megnevezése	Válaszadó szolgáltatók száma	Minimum	Maximum	Medián	Számtani átlag	OEP-finanszírozás
CT, gerinc, natív+kontrasztos	35	20000	111576	35635	44281	20363
CT, mellkas, natív	38	7415	40632	14831	17639	7415
CT, mellkas, kontrasztos	32	15295	83808	28766	35050	15295
CT, mellkas, natív+kontrasztos	38	22700	124432	39870	49907	22709
CT, has és medence, natív	37	10000	66752	24000	26612	12182
CT, has és medence, natív és kontrasztos	38	29391	161048	48000	62794	29391

Halottkezelés díjai

A halottkezeléssel kapcsolatos térítési díjak területén is rendkívül változatos intézményi gyakorlatokkal találkozott a Felügyelet.

Az egészségügyi szolgáltatóktól a mosdatás-öltöztetés, illetve a holttest tárolásának és hűtésének térítési díjait kérte be a Felügyelet. 70 intézménytől érkeztek be elemzésre alkalmas adatok.⁶ A halottkezelés teljes egészében kiszervezve történik 12 intézményben, ezért végül 58 intézmény adatait tudta összesíteni a Felügyelet.

A mosdatás-öltöztetés térítési díjai 45 intézmény adatai alapján nagyon nagy szórást mutatnak. 17 intézmény térítésmentesen biztosítja ezek a szolgáltatásokat. A fennmaradó 28 intézményben a térítési díjak 2500 Ft és 16250 Ft között szóródnak.⁷ Az átlagos díj 8250 Ft (ha az ingyenesen szolgáltató intézményeket is számításba vesszük, akkor az átlag 5130 Ft).

A halott test hűtésének térítési díját a Felügyelet 48 egészségügyi intézménytől kapta meg. Intézményenként rendkívül eltérőek a díjazási metódusok. 15 intézményben ingyenes a holttest hűtése (vagy ingyenes az első napokban). 5 intézmény fix, meghatározott napra (4, 5, 10 nap) érvényes átalánydíjat alkalmaz (például a hűtés díja egységesen 7500 Ft 5 napra, függetlenül a szolgáltatás igénybevételének valós időtartamától). A fennmaradó 28 intézmény napi (esetleg óra-) díjat alkalmaz. A térítési díj napi 400 Ft és 8400 Ft között ingadozik, átlagosan 3110 Ft. (Ha az ingyenes szolgáltatásokat is beleszámítjuk, akkor átlagosan 2020 Ft/nap. Mindkét átlag az átalánydíjat alkalmazó 5 intézmény adatai nélkül értendő).

A 70 intézmény közül térítésmentesen végzi mind a mosdatást és öltöztetést, mind a holttest tárolását (időkortát nélkül) 4 intézmény.

⁶ Azokat az intézményeket nem számítva, amelyek jelezték, hogy nem végeznek ilyen szolgáltatást.

⁷ A feltüntetett összegek minden esetben bruttó árat jelentenek (25% ÁFA-t tartalmaznak).

Dokumentáció másolásának díjai

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 24. § (3) bekezdése alapján az egészségügyi dokumentációval az egészségügyi szolgáltató, az abban szereplő adattal a beteg rendelkezik. A beteg jogosult az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról saját költségére másolatot kapni. Az egyes egészségügyi szolgáltatók maguk jogosultak meghatározni, hogy a tárolt leletek, dokumentumok fénymásolatának kiadása esetén milyen összegű térítési díjat kérnek a szolgáltatásért. A jogszabály arra vonatkozóan nem rendelkezik, hogy a térítési díj milyen elvek alapján állapítandó meg.

A betegdokumentáció fénymásolásának költségeit illetően a Felügyelet 109 intézménytől kapott elemezhető adatokat.

A szolgáltatók 20%-a (22 szolgáltató) ingyenesen biztosítja pácienseinek a betegdokumentáció másolatát. Az intézmények fennmaradó 80%-a (87 intézmény) jellemzően három eltérő konstrukció alapján számítja a másolat elkészítéséért fizetendő térítési díjat. A legelterjedtebb metódus az oldalankénti fénymásolási díj felszámítása. Ezt alkalmazza a térítésért másoló intézmények valamivel több mint fele (49 intézmény). Az oldalankénti fénymásolási díj A/4-es méretű másolat esetében 4 Ft és 800 Ft között ingadozik, átlagosan körülbelül 100 Ft. Az A/3-as fénymásolat átlagára ennél csupán pár forinttal magasabb. Az intézmények egy része oldalszámtól függetlenül fix összeget kér a betegdokumentáció másolásáért. A fix másolási díj intézménytől függően 100 és 5000 Ft között változik. A fenti két számítási módszer vegyítését alkalmazza a szolgáltatók harmada – ezekben az intézményekben a fix alapidíj és az oldalankénti díj összege adja meg a fizetendő térítési díjat. A meghatározott díjak rendkívül változatos képet mutatnak, egyes intézmények az alapidíjat is differenciálják a betegdokumentáció archiválási szintjeinek megfelelően (például irattári kikeresés esetén az alapidíj nagyobb).

Bár néhány intézmény nem vállalja a másolatok postázását, a legtöbb szolgáltatónál kérheti a beteg, hogy azokat postai úton juttassák el hozzá. Az esetek túlnyomó többségében a postai díjszabásnak megfelelő térítési díjat kér ezért az intézmény, ezen felül többlettérítést nem kérnek.

A beérkezett kérdőívek alapján úgy tűnik, a röntgenfilmek másolása mára jelentősen visszaszorult, többnyire CD-n adják át a digitalizált felvételeket a betegnek. A filmek másolatáért az intézmények mérettől függően átlagosan 620 Ft és 905 Ft közötti térítési díjat kérnek.

Emelt komfortfokozatú kórtermek

Az egészségügyi ellátó intézmények az Ebtv. 23. § j) pontja alapján az ellátás keretében igénybe vett kényelmi szolgáltatásokért részleges térítési díjat számíthatnak fel. Az elemzés jelen pontjában az emelt komfortfokozatú (egy- és kétágyas szoba igénybevétele) elhelyezés és a törvény 18. § m) pontjában meghatározott kíséző részére biztosított szállás igénybevételi lehetőségei szerepelnek.

A Felügyelet – habár hivatalos osztályozás nem létezik erre vonatkozóan – fontosnak tartotta, hogy a szobák között a biztosítottak számára releváns szempontok alapján különböző kategóriákat alakítson ki, így téve pontosabbá és összehasonlíthatóvá a rendelkezésre álló információkat.

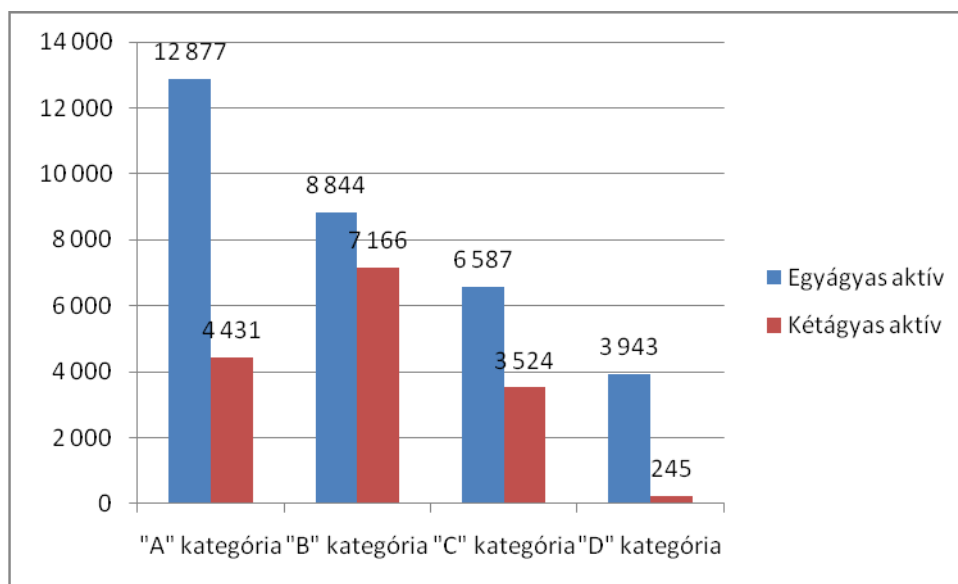
Az egyes kategóriák tartalma:

- "A" kategóriás szoba: szoba saját vizesblokkal, televízióval és légkondicionálóval
- "B" kategóriás szoba: szoba saját vizesblokkal (fürdő és WC) és televízióval, légkondicionáló nélkül
- "C" kategóriás szoba: szoba saját vizesblokkal (fürdő és WC), televízió és légkondicionáló nélkül
- "D" kategóriás szoba: szoba vizesblokk nélkül

Az első táblázatban az aktív fekvőbeteg-ellátásban igénybe vehető egy- és kétágyas szobákra vonatkozó adatok tekinthetők meg.

	Aktív ellátás							
	Egyágyas szoba				Kétágyas szoba			
	"A" kategória	"B" kategória	"C" kategória	"D" kategória	"A" kategória	"B" kategória	"C" kategória	"D" kategória
Szobák száma	117	138	137	123	204	248	448	384
Ágyak száma	117	138	137	123	408	496	896	768
A szobát ingyenesen biztosító intézmények száma	3	3	5	11	4	3	11	14
A szobát nem ingyenesen biztosító intézmények száma	14	20	13	5	11	17	15	3
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	30 000	25 000	25 000	15 000	26 000	24 000	20 000	15 000
Medián	10 000	5 000	5 700	0	5 400	3 120	2 000	0
Számtani átlag	9 729	7 717	8 161	2 188	7 760	6 357	3 781	1 235
Átlag "0" értékek nélkül	11 814	8 875	11 300	7 000	10 582	7 479	6 553	7 000
Ágyszámmal súlyozott átlag	12 877	8 844	6 587	3 943	4 431	7 166	3 524	245

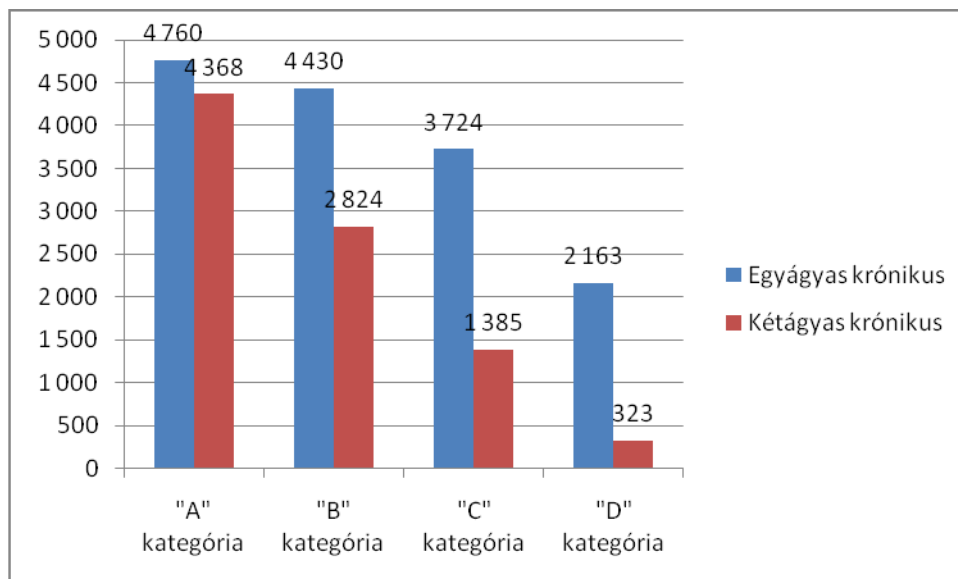
A következő ábrán a négy különböző kategóriába tartozó szobák országos átlagárai találhatóak meg. Míg az egyágyas szobák átlagárait tekintve az alacsonyabb komfortfokozat alacsonyabb átlagárat von maga után, addig a kétágyas szobák esetében azt tapasztalható, hogy a „B” kategóriájú szobák átlagos ára magasabb az „A” kategóriánál. (Ez az eloszlás az országos átlagra igaz, és nem az egyes szolgáltatókra. Az árakat a helyi viszonyok alakítják, így előfordulhat, hogy valahol a „B” kategóriás szoba ára magasabb, mint máshol az „A” kategóriájú szoba ára).



A krónikus ellátás egy- és kétágyas elhelyezési lehetőségeit a következő táblázat tartalmazza.

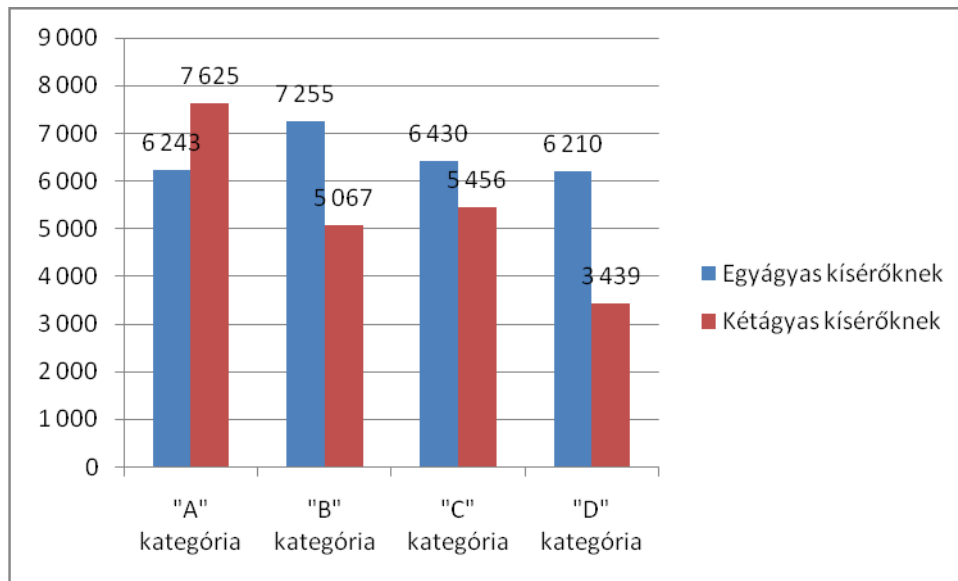
	Krónikus ellátás							
	Egyágyas szoba				Kétágyas szoba			
	"A" kategória	"B" kategória	"C" kategória	"D" kategória	"A" kategória	"B" kategória	"C" kategória	"D" kategória
Szobák száma	15	53	36	42	101	276	291	319
Ágyak száma	15	53	36	42	202	552	582	638
A szobát ingyenesen biztosító intézmények száma	1	2	4	10	3	4	12	22
A szobát nem ingyenesen biztosító intézmények száma	4	11	9	4	3	18	16	10
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	6 000	25 000	25 000	10 000	6 000	20 000	20 000	4 000
Medián	5 000	3 000	3 000	0	1 800	2 400	1 525	0
Számítási átlag	4 000	4 471	4 728	1 321	2 500	3 532	2 536	656
Átlag "0" értékek nélkül	5 000	5 284	6 829	4 625	5 000	4 317	4 438	1 700
Ágyszámmal súlyozott átlag	4 760	4 430	3 724	2 163	4 368	2 824	1 385	323

A krónikus ellátás esetében már tisztán érvényesül a komfortfokozat és az átlagárak kapcsolata, melyet az alábbi ábra is jól mutat. Az aktív ellátás áraival összehasonlítva az is tisztán látszik, hogy krónikus ellátás esetében az egy- és kétágyas elhelyezés díja alacsonyabb, mint az aktív kórházi ellátás esetében.



A kísérők számára biztosított szállás igénybe vehetőségét és átlagárait szintén mind táblázatos, mind grafikus formában bemutatjuk.

	Kísérő szállása							
	Egyágyas szoba				Kétágyas szoba			
	"A" kategória	"B" kategória	"C" kategória	"D" kategória	"A" kategória	"B" kategória	"C" kategória	"D" kategória
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	10 000	20 000	24 100	20 700	19 000	15 000	19 000	14 700
A szobát ingyenesen biztosító intézmények száma	14	12	12	13	13	11	12	12
A szobát nem ingyenesen biztosító intézmények száma	7	13	12	7	8	16	18	12
Medián	0	1 200	250	0	0	2 000	1 900	300
Számtani átlag	2 081	3 773	3 215	2 174	2 905	3 188	3 274	1 720
Átlag "0" értékek nélkül	6 243	7 255	6 430	6 210	7 625	5 067	5 456	3 439



Kényelmi szolgáltatások

Az előző pontban már említésre került, hogy a kórházak a különböző kényelmi szolgáltatásokért részleges térítési díjat számíthatnak fel. Az alábbiakban táblázatos formában találhatóak meg az étkezéssel, az interneteléréssel és elektronikai eszközök használatával egyéb kényelmi szolgáltatásokkal kapcsolatos intézményi válaszok.

Emelt szintű és kísérő számára biztosított étkezési lehetőségek

Emelt szintű, napi ötszöri étkezés (válaszok száma)	
Nincs	36
Benne van a szoba igénybevételének térítési díjában	5
Tételes elszámolás	1
Ingyenes	13
Térítési díj fizetendő	26
→ átlagos térítési díj: 707 Ft	-
Nincs válasz	53

Emelt szintű, a'la carte (válaszok száma)	
Nincs	48
Étlap szerinti elszámolás	8
Benne van a szoba igénybevételének térítési díjában	2
Ingyenes	7
Térítési díj fizetendő	9
→ átlagos térítési díj: 769 Ft	769,36
Nincs válasz	60

Kísérő számára étkezés (válaszok száma)	
Nincs	22
Benne van a szoba igénybevételének térítési díjában	3
Térítési díj fizetendő	56
→ átlagos térítési díj: 961 Ft	960,51
Nincs válasz	51

Internet és elektronikai eszközök használata

Internet egy napra (válaszok száma)	
Nincs	69
Ingyenes	26
Térítési díj fizetendő	8
Nincs válasz	31

Kábeltévé egy napra (válaszok száma)	
Nincs	39
Ingyenes	58
Térítési díj fizetendő	7
Nincs válasz	30

Szobai telefonhasználat egy napra (válaszok száma)	
Nincs	70
Ingyenes	16
Tételes elszámolás alapján	15
Térítési díj fizetendő	2
Nincs válasz	31

CD/DVD-lejátszó egy napra (válaszok száma)	
Nincs	96
Ingyenes	9
Nincs válasz	29

Az alacsony elemszám miatt átlagot ezekben az esetekben nem számoltunk.

Egyéb kényelmi szolgáltatások

60 perces győmasszázs (válaszok száma)	
Nincs	50
Térítési díj fizetendő	29
→ átlagos térítési díj: 1839 Ft	-
Nincs válasz	55

Személyes szobai széf egy napra (válaszok száma)	
Nincs	46
Ingyenes	58
Térítési díj fizetendő	3
Nincs válasz	27

Manikűr egy alkalom (válaszok száma)	
Nincs	55
Térítési díj fizetendő	11
→ átlagos térítési díj: 555 Ft	-
Külső szolgáltató saját tarifája alapján	15
Nincs válasz	53

Pedikűr egy alkalom (válaszok száma)	
Nincs	55
Térítési díj fizetendő	11
→ átlagos térítési díj: 1041 Ft	-
Külső szolgáltató saját tarifája alapján	15
Nincs válasz	53

Fix térítési díjas szolgáltatások nyújtása

Az eddigiekben az intézmények által önállóan meghatározható térítési díjas szolgáltatásokat mutattuk be. A szolgáltatásoknak van azonban egy olyan csoportja is, melynek **térítési díját jogszabály határozza meg**. Ezek kapcsán azt a kérdést tettük fel az intézményeknek, hogy végzik-e az egyes szolgáltatásokat. A kapott eredményeket az alábbiakban mutatjuk be, zárójelben jelölve az egyes szolgáltatások 2010. június 25-én érvényes díjait. Először a 284/1997. Korm. Rendeletben felsorolt szolgáltatások közül azon szolgáltatásokat emeljük ki, melyeket a legtöbb intézmény végez a megkérdezettek közül.

- Amennyiben a beteg állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezés és ápolás, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is: 38 intézmény (400 Ft/nap)
- Lőfegyvert tartani szándékozó, illetve tartó személyek (II.csoport)⁸ lőfegyvertartására való egészségi alkalmasságának orvosi vizsgálata elsőfokon: 40 intézmény (4350 Ft)
- Gépjármű-vezetői, belvízi hajózási szolgálati és belvízi kedvtelési célú vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálat, III. és IV. osztályú tengeri kedvtelési célú tengeri vízijármű-vezetők időszakos és soron kívüli alkalmassági vizsgálata elsőfokon: 47 intézmény (életkortól függő, 1150-6550 Ft)
- Láttelelet kiadása: 91 intézmény (3200 Ft)
- Kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálat: 40 intézmény (6550 Ft)
- Véralkohol vizsgálathoz vérvétel: 74 intézmény (4350 Ft)
- Részeg személy detoxikálása: 39 intézmény (6550 Ft)
- Az a mellkas-szűrővizsgálat (tüdőszűrés), melynek igénybevételére nem az egészségügyi hatóság által külön jogszabály szerint kötelezően elrendelt szűrővizsgálat keretében, vagy nem a külön jogszabály szerinti korhoz kötött szűrővizsgálat keretében kerül sor: 63 intézmény (a mellkas-szűrővizsgálat közfinanszírozásban érvényesíthető díja)

A foglalkozás-egészségügyi és alkalmassági vizsgálatok típusait a 89/1995. Korm. Rendelet határozza meg. Az egyes típusok térítési díjai és az azokat nyújtó intézmények száma:

- Foglalkozás-egészségügyi vizsgálat "D" foglalkozás-egészségügyi osztály⁹ esetén: 80 intézmény (5000 Ft/fő/év)
- Foglalkozás-egészségügyi vizsgálat "C" foglalkozás-egészségügyi osztály esetén: 80 intézmény (6800 Ft/fő/év)
- Foglalkozás-egészségügyi vizsgálat "B" foglalkozás-egészségügyi osztály esetén: 82 intézmény (8400 Ft/fő/év)
- Foglalkozás-egészségügyi vizsgálat "A" foglalkozás-egészségügyi osztály esetén: 76 intézmény (10000 Ft/fő/év)

⁸ II. csoport: nem munkakörükből adódóan szándékoznak fegyvert tartani.

⁹ A különböző osztályokhoz tartozó pontos ágazati besorolást a Korm Rendelet 4. melléklete tartalmazza. Általánosságban elmondható, hogy a D foglalkozási osztályba tartoznak a legkevésbé veszélyes, míg az A osztályba a leginkább veszélyes munkát végző emberek.

- A munkaügyi központ, valamint a szakképző intézmény által beutalt személy munkaköri alkalmassági vizsgálata a közhasznú munka előkészítése érdekében: 42 intézmény (1800 Ft/fő/ eset)
- A munkaügyi központ, valamint a szakképző intézmény által beutalt személy szakmai alkalmassági vizsgálata beiskolázás előkészítése érdekében: 36 intézmény (2500 Ft/fő/ eset)
- A munkaügyi központ, valamint a szakképző intézmény által beutalt személy szakmai alkalmassági vizsgálata munkaközvetítés előkészítése érdekében: 37 intézmény (2800 Ft/fő/ eset)
- A munkaügyi központ, valamint a szakképző intézmény által beutalt személy foglalkoztathatóságának szakvéleményezése: 36 intézmény (3000 Ft/fő/ eset)
- A települési önkormányzat által a rendelkezésre állási támogatásra jogosultak közcélú foglalkoztatása esetén a beutalt személy munkaköri alkalmassági vizsgálata: 42 intézmény (1900 Ft/fő/ eset)

Szintén rendeletileg meghatározott térítési díja van a nem orvosi indikációra történő terhesség-megszakításnak is, a jelenleg érvényes térítési díj 29 710 Ft. A rendelet három különböző esetet különböztet meg, ezeket az alábbi számú intézmény nyújtja.

- Terhesség-megszakítás nem orvosi indikációra 32/1992. (XII.23.) NM Rendelet 12. § szerint (teljes térítési díj – 29 710 Ft): 51 intézmény
- Terhesség-megszakítás nem orvosi indikációra 32/1992. (XII.23.) NM Rendelet 13. § (1) szerint (térítési díj 30%-a fizetendő): 42 intézmény
- Terhesség-megszakítás nem orvosi indikációra 32/1992. (XII.23.) NM Rendelet 13. § (2) szerint (térítési díj 50%-a fizetendő): 41 intézmény