

TÉRÍTÉSI SZABÁLYZAT
A BALATONALMÁDI RENDELŐINTÉZET
által működtetett
Egészségházban igénybe vehető egészségügyi
szolgáltatásokhoz

TARTALOMJEGYZÉK

a Szabályzathoz

Bevezetés	3
Jogszabályi háttér	3
A Szabályzat hatálya	4
Térítési díj megfizetésére kötelezettek köre	5
A térítési díj megfizetésének szabálya	11
A számlázás általános szabálya	13
A térítési díj felhasználása	13

I. Bevezetés

A Balatonalmádi Járás lakossága számára a Balatonalmádi Rendelőintézet (a későbbiekben Egészségház) a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban NEAK) által finanszírozott egészségügyi ellátás mellett a szabad kapacitás terhére az Egészségházban térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatást is biztosít.

A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII.23.) Kormányrendelet 1.§ (6) bekezdésében foglaltaknak megfelelően az Egészségház a saját hatáskörében megállapítható térítési díjak nyilvánosságra hozatalának és befizetésének rendjét, valamint az Egészségház által megállapított térítési díj mérséklésére, illetve elengedésére vonatkozó rendelkezéseket jelen Térítési Szabályzatban (továbbiakban Szabályzat) rögzíti.

Ennek keretében a Szabályzat rögzíti:

- az Egészségház által nyújtott, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban NEAK) részéről nem finanszírozott egészségügyi ellátásokért, illetve egészségügyi és nem egészségügyi szolgáltatásokért az igénybe vevő által fizetendő díjakat, térítéseket, illetve a díjak és térítések mértékének megállapítási rendjét,

A térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások jegyzékét és térítési díját a betegek számára hozzáférhető módon nyilvánosságra kell hozni.

I. Jogszabályi háttér

A Szabályzatban foglaltak hátterét az alábbi jogszabályok képezik:

- a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és a végrehajtására kiadott 217/1997. (XII. 1.) Kormányrendelet,
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.),
- 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről,

- 284/1997. (XII.23.) Kormányrendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatásokról térítési díjáról,
- 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól,
- 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről,
- 52/2006. (XII.28.) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról (1. sz. melléklet).,
- 87/2004. (X.04.) EszCsM rendelet a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól,
- 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól,
- az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről.

II. A Szabályzat hatálya

A Szabályzat hatálya kiterjed valamennyi, az Egészségház által alkalmazotti, illetve az Egészségházzal egyéb jogviszonyban álló, szerződött természetes személyre, illetve gazdálkodó szervezet által foglalkoztatott személyre, aki(k) a Szabályzatban meghatározott térítési díj ellenében végzendő tevékenységet, szolgáltatást végez(nek). Mindezen személyek a Szabályzatban foglaltak szerint kötelesek eljárni, a tevékenységet végezni, valamint annak dokumentálását és bizonylatolását végrehajtani.

III. Térítési díj megfizetésére kötelezettek köre

a.) Térítési díjat köteles fizetni - állampolgárságtól függetlenül - minden olyan természetes személy, aki a NEAK finanszírozott ellátásra való jogosultságát érvényes TAJ kártyával nem tudja igazolni.

Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele előtt kötelező bemutatni a TAJ-t igazoló hatósági igazolványt, és 14. év feletti beteg esetén az érvényes személyazonosság megállapítására alkalmas igazolványt is.

Az Egészség ház minden alkalommal online ellenőrzi, hogy a beteg szerepel-e az egészségbiztosítónál a jogosultakról vezetett nyilvántartásban.

A jogviszony-ellenőrzés során a rendszer a következő jelzéseket adhatja a szolgáltatónak a jogviszonnyal összefüggésben:

„ZÖLD lámpa” - TAJ érvényes, jogviszonya rendezett,

- ez esetben térítési díjat nem kell fizetni
- rögzítése a klinikai rendszerben „1”-es térítési kategóriával történik

„PIROS lámpa” - TAJ érvényes, jogviszonya rendezetlen,

- ez esetben térítési díjat nem kell fizetni
- rögzítése a klinikai rendszerben „1”-es térítési kategóriával történik

A jogviszony rendezetlensége esetén az egészségügyi szolgáltató nem tagadhatja meg az ellátás elvégzését, azonban az ellátottnak jogviszonya rendezése érdekében az illetékes kormányhivatalhoz kell fordulnia.

„KÉK lámpa” - Külföldön biztosított, a TAJ átmenetileg érvénytelen,

- ez esetben az ellátás térítési díjköteles
- rögzítése a klinikai rendszerben „4”-es térítési kategóriával történik

A TAJ átmenetileg érvénytelenítésre került, mert azt jelentették be az egészségbiztosítóhoz, hogy külföldön létesített biztosítási jogviszonyt.

„BARNA lámpa” - TAJ egyéb okból érvénytelen,

- ez esetben az ellátás térítési díjköteles
- rögzítése a klinikai rendszerben „4”-es térítési kategóriával történik

A TAJ érvényességének rendezését az ellátott az illetékes kormányhivatalnál kezdeményezheti.

„SÁRGA lámpa” - TAJ érvényes, de korlátozott egészségügyi szolgáltatásokra jogosult,

- ez esetben térítési díjat sürgősségi ellátás esetén nem kell fizetni
- rögzítése a klinikai rendszerben „1”-es térítési kategóriával történik
- nem sürgősségi ellátás esetén az ellátás térítési díj kötelezett
- rögzítése a klinikai rendszerben „4”-es térítési kategóriával történik

A korlátozott egészségügyi szolgáltatásokra kötött egészségbiztosítási megállapodás a megkötését követő első hónaptól a 24. hónapig a megállapodás csak a sürgősségi ellátás igénybevételére jogosít. A beteg nem jogosult fogászati ellátásra, külföldi gyógykezelésre, illetve a transzplantációs várólistára sem kerülhet fel.

b.) Az ellátás külföldi egészségbiztosítás terhére való jogosultságát érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával, ideiglenes Kártyahelyettesítő Nyomtatvánnyal, vagy S2 / E112 nyomtatvánnyal nem tudja igazolni.

Az alábbi tagállamok állampolgárai, biztosítottjai vehetnek igénybe orvosilag szükséges ellátást Európai Egészségbiztosítási Kártyával:

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

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya tartalma:

1. mező: vezetéknév
2. mező: utónevek
3. mező: születési idő (nap/hónap/év)
4. mező: társadalombiztosítási azonosító szám
5. mező: a kibocsátó intézmény azonosító száma és betűjele
6. mező: kártyaazonosító szám (az adott kártya sorszáma)
7. mező: a kártya érvényességének utolsó napja - az ellátás a 9. mezőben jelzett időponttól az EU-Kártya alapján nem nyújtható.

Figyelem! Az Európai Bizottság határozata alapján csak olyan Európai Egészségbiztosítási Kártya használható ellátás igénybe vételére való jogosultság igazolásaként, amelyen minden fentiekben felsorolt mező SZEMMEL OLVASHATÓ FORMÁTUMBAN hiánytalanul kitöltésre került.

A csillagozott, vagy más helyettesítő karakterrel feltöltött mezőket tartalmazó kártya NEM ÉRVÉNYES Európai Egészségbiztosítási Kártya!

Ilyen kártya felmutatása esetén az egészségügyi ellátást fizetőkötelezettként kell nyújtani, illetve vény írás esetén a vényen szereplő TAJ, ENY valamint EU mezőket üresen kell hagyni, és a felírt gyógyszer/gyógyászati segédeszköz/gyógyászati ellátás csak ártámogatás nélkül, teljes áron rendelhető el.

Kártyahelyettesítő Nyomtatvány:

Amennyiben az Európai Egészségbiztosítási Kártya kiadása valamilyen okból, átmenetileg nem lehetséges, az illetékes egészségbiztosítási intézmény ún. Kártyahelyettesítő Nyomtatványt ad

ki. A Kártyahelyettesítő Nyomtatvány alkalmazására, valamint a nyomtatvánnyal kapcsolatos nyelvhasználatra ugyanazok a szabályok vonatkoznak, mint az Európai Egészségbiztosítási Kártya esetében.

Az Európai Egészségbiztosítási Kártyával igénybe vehető ellátások köre:

A fenti - érvényes - igazolásokkal Magyarországon a külföldi egészségbiztosítás terhére vehetők igénybe azok az egészségügyi szolgáltatások, amelyek a magyarországi átmeneti tartózkodás során, orvosilag szükségessé válnak.

Ennek megfelelően a külföldi biztosított az Európai Egészségbiztosítási Kártyával (vagy Kártyahelyettesítő Nyomtatvánnyal) közvetlenül a magyar egészségbiztosítással szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatóhoz fordul, akinek az Európai Egészségbiztosítási Kártya / Kártyahelyettesítő Nyomtatvány alapján úgy kell ellátnia a külföldi biztosítottat, mintha magyar biztosított lenne.

Az érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyát / Kártyahelyettesítő Nyomtatványt bemutató külföldi biztosítással rendelkező 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 azonban nem csak az azonnal nyújtandó szolgáltatások minősülhetnek. Orvosilag szükséges ellátásnak minősül minden olyan ellátás, amely nem halasztható a másik tagállamba történő visszatérésig. Amennyiben az igényelt ellátást - a beteg állapotára való tekintettel - nem feltétlenül szükséges rövid időn belül nyújtani, a szolgáltatónak figyelembe kell vennie, hogy az illető személy milyen hosszú időt kíván Magyarországon tölteni. Amennyiben az illető személy nem rendelkezik EGT állampolgárok részére kiadott tartózkodási engedéllyel (tartózkodási kártya/regisztrációs igazolás), csak azon szolgáltatások nyújtandók, amelyek 3 hónapon belül feltétlenül szükségessé válnak. Egyéb esetekben a tartózkodási kártya/regisztrációs igazolás, illetve az igazolás (Európai Egészségbiztosítási Kártya) érvényességének lejártát kell figyelembe venni.

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

- dialízis
- oxigénterápia
- speciális asztmakezelés

- kemoterápia
- szülés, a szüléshez és anyasághoz kapcsolódó ellátások.

Megjegyzés: az EGT ill. svájci biztosított Magyarországon született gyermeke részére a szükséges ellátások a szülést követő 3. hónapig az anya Európai Egészségbiztosítási Kártyája alapján nyújthatók, az ellátásokat az Európai Egészségbiztosítási Kártya adataival kell jelenteni.

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

Érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával, vagy Kártyahelyettesítő Nyomtatvánnyal rendelkező beteg orvosilag szükséges ellátása esetén a klinikai rendszerben „E” térítési kategória rögzítése szükséges, az ellátásért térítési díj nem kérhető. Továbbá a klinikai rendszerben rögzíteni kell az Európai Egészségbiztosítási Kártya adatait.

Érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával, vagy Kártyahelyettesítő Nyomtatvánnyal rendelkező beteg orvosilag nem szükséges ellátása esetén, vagy nem érvényes (pl. csillagos kártya, vagy lejárt kártya) dokumentum, vagy hiányzó dokumentum esetében a klinikai rendszerben „4” -es térítési kategória rögzítése szükséges, az ellátás térítési díj megfizetése ellenében nyújtható.

S2 vagy E12 nyomtatvány - tervezett ellátás:

A szociális biztonsági koordinációs rendeletek alapján 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 E12 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 E12 jelű nyomtatvány funkcióját tekintve nem más, mint a külföldi biztosító által kiállított költségátvállalást tanúsító igazolás.

Az orvosilag szükséges akut ellátást követően hosszantartó kezelést (pl. gyógytorna, fizioterápia), tervezett rehabilitációt, krónikus ellátást S2 vagy E112 nyomtatvány bemutatásával lehet igénybe venni. Ennek hiányában az ellátás térítés köteles.

Érvényes S2 vagy E112 nyomtatvány bemutatása esetén a klinikai rendszerben történő rögzítés „E” térítési kategóriával történik.

c.) Az ellátásra való jogosultságát egészségügyi egyezmények alapján nem tudja igazolni.

Orosz, ukrán, macedón, koszovói állampolgárok ellátása

Az orosz, ukrán, macedón és koszovói állampolgárok átmeneti magyarországi tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat útlevelel felmutatásával vehetik igénybe. Az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján a NEAK előzetesen megtéríti. A teljesítményjelentés „3”-as térítési kategória megjelölésével történik, térítési díj nem kérhető.

Nem sürgősségi ellátás esetén, vagy érvényes útlevelel hiányában az ellátás térítési díj köteles, a klinikai rendszerben a rögzítés „4”-es térítési kategóriával történik.

Albán, 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 az albán biztosítottak AL/HU 111, a bosnyák biztosítottak a BH/HU111 nyomtatvánnyal, a montenegrói biztosítottak a CG/HU111 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/HU112, ill. CG/HU112, valamint SRB/HUN 112 nyomtatvánnyal.

Érvényes nyomtatvány bemutatása esetén a klinikai rendszerben történő rögzítés „E” térítési kategóriával történik, térítési díj nem kérhető.

Érvényes nyomtatvány hiányában, vagy érvényes AL/HU 111, BH/HU111, CG/HU111, SRB/HUN 111 nyomtatvány birtokában igénybe vett nem sürgősségi ellátás esetén térítési díj megfizetése szükséges, a klinikai rendszerben a rögzítés „4”-es térítési kategóriával történik. További hatályos egészségügyi együttműködési egyezmények alapján az alábbi országok állampolgárai részesülhetnek térítési díj mentes ellátásban:

Angola, Kuvait, Mongólia, Kuba, Jordánia, Irak, Koreai Népi Demokratikus Köztársaság biztosítottak ellátása

Az egészségügyi együttműködési egyezmények alapján ezen 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 útlevelemmel tudják igazolni. A teljesítményjelentés „3”-as térítési kategória megjelölésével történik, térítési díj nem kérhető. Ha heveny megbetegedés vagy halaszthatatlan orvosi beavatkozást igénylő helyzet nem áll fenn, vagy a beteg érvényes útlevelet bemutatni nem tud, az ellátás térítési díjköteles, a klinikai rendszerben a rögzítés „4”-es térítési kategóriával történik.

NEAK finanszírozott ellátást nem a hatályos jogszabályokban rögzített eljárási rend szerint vesz igénybe (pl. beutaló köteles ellátást érvényes beutaló nélkül; az ellátást a társadalombiztosítás által finanszírozott szolgáltatásra beutalásra nem jogosult orvos beutalójával veszi igénybe), vagy olyan szolgáltatást vesz igénybe, melyet hatályos jogszabály alapján csak térítési díj megfizetése mellett tesz lehetővé.

A 2011/24/EU irányelv alapján az Európai Unió más tagállamainak betegei Magyarországon tervezetten határon átnyúló egészségügyi ellátást vesznek igénybe.

A sürgős szükség körébe tartozó, illetve az életet veszélyeztető állapotok és betegségek listáját az **52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet** tartalmazza (1. sz. melléklet)

A térítési díj megfizetésének szabálya

Ha a beteg az ellátás kezdetekor nem tudja igazolni az ellátásra való jogosultságát – a IV. pont a-c) alapján -, illetve , illetve a IV.d) szerint fizető betegként kell kezelni, és tájékoztatni kell a várható költségekről.

A szolgáltatás megkezdése előtt fizetendő összeg

A térítési díj fizetésére kötelezett személy a szolgáltatás megkezdése előtt a továbbiakban részletezettek szerint köteles a szolgáltatás fedezetét, vagy annak egy részét előre megfizetni az Egészségház részére, a sürgős szükség (1. sz. melléklet) esetét kivéve.

A szolgáltatás igénybevétele előtt kötelezően fizetendő összeg **20 000 Ft**, mely összeg a rendelkezésre állást tartalmazza, vissza nem térítendő.

Az ellátás minden esetben kizárólag akkor kezdhető meg (kivéve a sürgős szükség esetét), ha a beteg a jelen Szabályzat alapján meghatározott összeget az Egészségház részére befizette, a befizetés megtörténtéről a kezelőorvos meggyőződött.

Sürgős szükség esetén a beteg ellátását el kell végezni, de a beteg elengedése előtt a térítési díjat meg kell fizettetni.

Utólagos fizetés lehetősége

Térítési díj ellenében igénybe vehető ellátás esetén nincs lehetőség biztosító általi utólagos fizetésre, ezen ellátásokat minden esetben a betegnek kell megtérítenie. A beteg az Egészségháztól kapott számla és betegdokumentáció alapján rendezheti a biztosítójával az ellátás költségeinek megtérítését.

Számla kiállítása

A szolgáltatás teljesítése után az igénybe vevő részére számlát kell kiadni, mely tartalmazza a rendelkezésre állás díját, az igénybe vett szolgáltatás(oka)t, az az(ok)ért fizetendő forintösszeget (IX. pont alapján), melyből levonásra kerül a szolgáltatás igénybevétele előtt már befizetett összeg.

A beteg ellátásához kapcsolódóan az orvosszakmai adatok valóságáért és teljeskörűségéért a kezelőorvos felelős. A számla összege ezen adatokon alapszik.

Betegdokumentáció átadása

Ambuláns lap, recept, leletmásolat csak a teljes térítési díj befizetése után adható ki a beteg részére.

Számla kiegyenlítése előtti távozás esete

Amennyiben a térítési díj fizetésére kötelezett az Egészségházból az ellátás befejezése és a számla kiegyenlítése előtt távozik, illetve eszméletlen állapotban, vagy cselekvőképtelen állapotban kerül más intézménybe áthelyezésre, és a helyszínen nem tartózkodik hozzátartozó, meghatalmazott, törvényes képviselő stb., akkor az igazoló dokumentumot - további intézkedésre, a térítési díj behajtására - az ellátást nyújtó szakrendelés vezető asszisztense az igazgató részére eljuttatja.

A térítési díj befizetésének helye

A befizetés készpénzben a pénzkezelő helyeken történhet.

Bankkártyás fizetésre nincs lehetőség.

IV. A számlázás általános szabályai

Az egészségügyi szolgáltatások térítési díjait a Szabályzat 2. sz. melléklete tartalmazza.

A szolgáltatás megkezdése előtt **20 000 Ft** befizetése szükséges, mely a rendelkezésre állás díja, vissza nem téríthető befizetés. Amennyiben a befizetés nem történik meg, a beteg ellátását meg kell tagadni (kivéve a sürgős szükség esetét).

A térítési díj fizetésére kötelezett személy részére az ellátás befejezésével egyidejűleg a végleges számlát kell átadni az ellátás teljes költségéről, mely alapján a számla kiegyenlítése a beteg intézményünkben való távoása előtt kötelező. A végleges számla tartalmazza a rendelkezésre állás díját, valamint a szakrendelésen elvégzett beavatkozások, az igénybe vett szolgáltatások térítési díjait is.

Nem egészségügyi szolgáltatások térítési díjai:

Járóbeteg ambuláns lap-, leletmásolat kiadása:

1-10 oldal **5 000 Ft+ ÁFA**
minden további oldal **200 Ft+ ÁFA**

V. A térítési díj felhasználása

A térítési díj a Balatonalmádi Rendelőintézet saját bevételeit képezi.

Balatonalmádi, 2024. június 27.

dr. Németh Ilona
igazgató

1. sz. melléklet

A sürgős szükség körébe tartozó, illetve az életet veszélyeztető állapotok és betegségek

52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet melléklete

- Életet veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyével járó (külső vagy belső) vérzés
- Átmeneti keringés- és/vagy légzésleállással járó állapotok (Pl. embólia, Adams-Stokes-Morgagni szindróma, syncope, fulladások, életet veszélyeztető ritmuszavarok, 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, fejlődési rendellenesség, trauma)
- Eszméletlen állapotok
- Status epilepticus és tüneti görcsrohamok
- Hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, szemsérülés
- 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
- Vele született, vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély
- Akut légzési elégtelenség, légút szűkület (Pl. gégeödéma, asthmás roham, idegentest, fulladás)
- Mérgezések
- Akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkel járó kórképek (Pl. bélelzáródás, appendicitis, perforatio, méhen kívüli terhesség, petefészek

ciszta megrepedése, tuboovarialis tályog, kocsánycsavarodott cysta, kizárt sérv, epegörcs, vesegörcs, vérvizelés)

- Égés-fagyás (III.-IV. fokú és nagyterjedésű I—II. fokú, és/vagy az életminőség szempontjából különösen veszélyeztetett testtáját 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
- Búvárbalesetek, magassági betegség, keszonbetegség, barotrauma
- Áramütés, elektrotrauma
- Hő- és hidegártalom, kihűlés, hypothermia, hyperthermia, napszúrás, hőséguta
- 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.

2. sz. melléklet

Térítési díjak:

első orvosi vizsgálat, állapotfelmérés	25 000 Ft
kontroll vizsgálat, gondozási tevékenység alkalmanként	15 000 Ft
orvosi leletezés díja (képalkotó diagnosztika, szövettan, cytológia)	12 000 Ft
EKG vizsgálat	5 000 Ft
24 órás vérnyomás monitorozás	25 000 Ft
terheléses EKG vizsgálat	30 000 Ft
terhességi ultrahang vizsgálat	15 000 Ft
nőgyógyászati ultrahang vizsgálat	15 000 Ft
nőgyógyászati szűrés, cytológia vétel	5 000 Ft
hasi ultrahang vizsgálat	26 000 Ft
PM, lágyrész ultrahang vizsgálat	18 000 Ft
röntgen vizsgálat	
végtag	13 000 Ft
koponya, gerinc, mellkas, has, váll, csípő	15 000 Ft.

A felsorolt térítési díjak a diagnosztikus eljárások térítési díjait tartalmazzák, az egyes beavatkozások díját a szakterületek határozzák meg a NEAK által meghatározott pontszámok térítési díjának figyelembevételével. A meghatározott térítési díj nem lehet kevesebb, mint a NEAK által finanszírozott összeg..