

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet

az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

A 2010.07.01. és 2010.09.15. között hatályos szöveg

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Eb. tv.) 83. §-a (2) bekezdésének a) pontjában, valamint a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 1999. évi költségvetéséről szóló 1998. évi XCI. törvény (a továbbiakban: T.) 16. §-ának (11) bekezdésében foglalt felhatalmazás alapján a Kormány a következőket rendeli el:

I.

ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1. §** E rendelet hatálya az Országos Egészségbiztosítási Pénztár központi szervére (a továbbiakban: OEP), a regionális egészségbiztosítási pénztárakra (a továbbiakban: REP, és a továbbiakban az OEP-pel együtt: finanszírozó), valamint a finanszírozóval az Egészségbiztosítási Alapból (a továbbiakban: E. Alap) finanszírozott egészségügyi szolgáltatás nyújtására szerződött egészségügyi szolgáltatókra terjed ki.
- a)** egészségügyi szolgáltatás: az Eb. tv. 10-17. §-aiban meghatározott ellátások;
- b)** *szolgáltató*: az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel rendelkező természetes, vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy ami a finanszírozóval kötött szerződés alapján az E. Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatást nyújt;
- c)** területi ellátási kötelezettség: a külön jogszabály szerint az önkormányzat kötelező feladatát képező egészségügyi alapellátás körébe tartozó (háziorvosi, házi gyermekorvosi, körzeti védőnői, fogászati ellátás) egészségügyi szolgáltatásoknak az a része, amelyet az önkormányzat, illetve saját intézménye vagy más szolgáltató útján biztosít;
- d)** finanszírozási elszámolás: az alaplíjnak, a fixdíjnak és a teljesítmény díjának a megállapítása és utalványozásra történő előkészítése;
- e)** rekordkép: az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről készítendő jelentés formailag és tartalmilag meghatározott egysége;
- f)** fixdíj: jogszabályban meghatározott összegű havi díjazás;
- g)** *alaplíj*: kihirdetett díj, vagy az adott hónapban a szakfeladatra rendelkezésre álló havi előirányzatnak és a jelentett teljesítménynek a hányadosa szerinti díj;
- h)** *teljesítménydíj*: az alaplíj és a teljesítmény szorzata;
- i)** finanszírozási szerződés: az egészségügyi szolgáltatásra a finanszírozó és a szolgáltató között létrejött szerződés;
- j)** körzet lakója: az a biztosított, akinek az 1992. évi LXVI. törvény szerinti lakóhelye vagy tartózkodási helye a körzet területén van.
- k)** teljes munkaidő: napi 8, heti 40 óra.
- l)** *Case mix index (CMI)*: az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozási rendszere szerint elszámolható, adott időszak alatt ellátott finanszírozási esetek összetételét költségigényesség szempontjából jellemző mutató, amely az elszámolt súlyszám és az elszámolt finanszírozási esetszám hányadosa.
- m)** teljesítményegység szolgáltatói átlagértéke: az adott ellátási formában a szolgáltató részére kifizetett tárgyhavi teljesítménydíj és a tárgyhavi elszámolható teljesítmények hányadosa szerinti forintérték.
- n)** szolgáltatásvolumen: önálló elszámolási tételként elszámolható, külön jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek mennyisége;
- o)** teljesítményvolumen: önálló elszámolási tételként elszámolható, külön jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek teljesítményértékeinek mennyisége.

- 3. §** Az OEP a szolgáltatókkal kötendő finanszírozási szerződés tervezetének a felek általános jogait és kötelezettségeit tartalmazó részét a Magyar Orvosi Kamarával (a továbbiakban: MOK), a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarával, az önkormányzatok, a szolgáltatók érdek-képviselői szervezeteivel a szerződéskötést megelőzően 30 nappal előzetesen egyezteti. A szerződés említett részének jóváhagyásához az Egészségbiztosítási Felügyelet egyetértése szükséges. A finanszírozási szerződésnek a felek általános jogait és kötelezettségeit tartalmazó részének módosítása esetén a fentiek szerint kell eljárni.
- 4. § (1)** A szolgáltató az általa ellátott betegekről, illetve a nyújtott ellátásokról az elszámoláshoz előírt nyilvántartásokat vezeti. A szolgáltató a finanszírozással kapcsolatos – személyes adatokat nem tartalmazó – nyilvántartásokat legalább 5 évig megőrzi.
- (2)** A szolgáltató az általa nyújtott, a finanszírozás alapjául szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról – a fekvőbeteg-szakellátás kivételével – kísérőjegyzékkel, számítógépes adathordozón vagy adatátviteli vonalon a megadott formátumban (rekordkép), e rendelet szerint adatot szolgáltat (a továbbiakban: jelentés) a finanszírozó részére. A fekvőbeteg-szakellátás során nyújtott ellátásokról a jelentést az OEP részére legalább fokozott biztonságú elektronikus aláírással hitelesített, autentikus időbélyeget használó és rejtjelzéssel védett elektronikus rendszer útján kell megküldeni.
- (3)** Finanszírozott teljesítményként a finanszírozási szerződésben meghatározott és ténylegesen teljesített szolgáltatás számolható el a Társadalombiztosítási Azonosító Jel (a továbbiakban: TAJ-szám) feltüntetésével, amennyiben annak megtérítésére jogszabály alapján más nem köteles.
- (4)** Újszülött ellátásának jelentése TAJ-szám hiányában a születést követő második hónap utolsó napjáig, továbbá ismeretlen TAJ-számú elhunyt személy elhalálózását megelőző ellátásának és boncolásának jelentése az OEP által meghatározott elvek szerinti informatikai kód alkalmazásával történik.
- (5)** Abban az esetben, ha az ellátott személy vagy hozzátartozója a TAJ-számot igazoló okmányt az ellátást követő 15 napon belül nem mutatja be, az ellátást végző szolgáltató a finanszírozónál kezdeményezi a TAJ-szám rendelkezésre bocsátását az ellátott személy azonosítására szolgáló, rendelkezésre álló adatok (név, születési hely, idő, anyja neve, lakcíme) megküldésével. A finanszírozótól megkapott TAJ-számon történik meg a teljesítmény jelentése.
- (6)** Ismeretlen, TAJ-számmal és a személy azonosítására szolgáló adatokkal nem rendelkező beteg esetén – az újszülött kivételével – annak adatlapját kell megküldeni a finanszírozónak. A szolgáltatások kifizetésére a finanszírozó által elvégzett ellenőrzést követően kerülhet sor. Amennyiben a Pénztár az ellenőrzést az adatlap megküldésétől számított 60 napon belül nem végzi el, a szolgáltató részére ki kell fizetnie a nyújtott szolgáltatásért járó díjazást.
- (7)** A szolgáltató az adatokat az adatkezelési előírások szerint tartja nyilván, és a finanszírozás céljából megküldött adatok valódiságáért felel. A finanszírozó által végzett ellenőrzés során a szolgáltató az ellenőrzéshez szükséges adatokat bemutatja, és gondoskodik arról, hogy a közreműködő szolgáltató is rendelkezésre bocsássa az adatokat.
- (8)** A szolgáltató a magyar egészségbiztosítási jogszabályok alapján egészségügyi szolgáltatásra nem jogosult személyek részére nyújtott ellátás után akkor jogosult térítésre, ha az ellátott személy az ellátásra államközi szerződés, nemzetközi szerződés vagy kötelezően alkalmazandó Közösségi szabály alapján jogosult, és az adott ellátásra való jogosultságát az alkalmazandó államközi szerződés, nemzetközi szerződés vagy Közösségi szabály előírásainak megfelelően igazolta. A szolgáltató nyilvántartásának tartalmaznia kell az ellátott személy nevét, születési dátumát, állampolgárságát és az ellátás igénybevételére jogosító igazoláson feltüntetett adatokat. Az „E” térítési kategória alapján nyújtott ellátás esetén a 21. számú melléklet kitöltése kötelező. A kihirdetett államközi szerződések, nemzetközi szerződés és az alkalmazandó Közösségi szabályok listáját, továbbá az ellátások igénybevételére jogosító igazolások mintáit az OEP tájékoztatóban közzéteszi. A szolgáltató a 21. számú melléklet szerinti adatokat havonta, a tárgy hónapot követő hónap 5. napjáig, számítógépes adathordozón megküldi a finanszírozónak.
- (9)** Amennyiben az alapellátást, illetve a szakellátást nyújtó orvos gyógyszerrendelési gyakorlata során a külön jogszabályban foglaltakat az ellenőrzést követő figyelmeztetés után sem tartja be, a finanszírozás összegéből a külön jogszabályban meghatározott értékhatárt meghaladó rész levonásra kerül.
- (10)** A Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg sürgősségi ellátása esetén a szolgáltató köteles vizsgálni, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 142. § (2) bekezdés b) és c) pontja szerint nyújtott ellátások költségei behajthatóak-e más forrásból. A szolgál-

tató Közösségi szabály vagy nemzetközi szerződés alapján jogosult személy esetében kezdeményezi a jogosultság-igazolás kiadását az illetékes külföldi biztosítótól. Ha a külföldi biztosító a jogosultság-igazolás kiadását megtagadja, illetve ha Közösségi szabály, valamint nemzetközi szerződés hatálya alá nem tartozó személy az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, a szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését. A szolgáltató az esetet a beteg adatlapjának megküldésével és a térítési díj megfizetésének, illetve a behajtás eredménytelenségének egyidejű igazolásával a (2) bekezdés szerint pótlólag, legfeljebb a teljesítést követő hatodik hónap 5. napjáig jelentheti a finanszírozó részére. A szolgáltatás kifizetése a (6) bekezdés szerint történik.

(11) A jogosultságát TAJ-számmal igazolni nem tudó belföldi személy sürgősségi ellátása esetén a szolgáltató köteles vizsgálni, hogy az Eütv. 142. § (2) bekezdés b) és c) pontja szerint nyújtott ellátások költségei behajthatóak-e más forrásból. A szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését, ha a jogosultságát TAJ-számmal igazolni nem tudó belföldi személy az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizeti meg. Az ellátás jelentése és kifizetése a (10) bekezdésben foglaltak szerint történik.

4/A. § (1) A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Vhr.) 12/B. § (1) bekezdése szerinti egészségügyi szolgáltató – a (3) bekezdésben foglaltak kivételével – az adott ellátás után járó összeg 90 százalékára jogosult, ha a Vhr. 12/B. §-ában meghatározott ellenőrzési kötelezettségét nem teljesítette.

(2) A Vhr. 12/B. §-a szerinti egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira való jogosultság ellenőrzési kötelezettségének elmulasztása esetén, az elmulasztott esetek után

- a) a háziiorvosi szolgáltató díjazásából a **11. § (1) bekezdése** szerinti 2007. évi díjazás országos átlagos havi esetszámmal osztott összegének 10%-a,
- b) a területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi szolgáltató díjazásából a tárgyhóban eseti ellátásokra kiutalható díj egy eseti ellátásra jutó összegének 10%-a,
- c) a háziiorvosi ügyeleti szolgáltatásra szerződéssel rendelkező szolgáltató díjazásából a **11. § (1) bekezdése** szerinti 2007. évi díjazás országos átlagos havi esetszámmal osztott összegének 10%-a,

d) a fogászati alapellátást nyújtó szolgáltató díjazásából az adott ellátás után járó teljesítménydíj 10%-a levonásra kerül.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltak nem vonatkoznak a **4. § (4)** és (6) bekezdés szerinti esetekre.

(3) A Vhr. 12/B. §-a szerinti ellenőrzési kötelezettség elmulasztása esetén, a nem ellenőrzött ellátási esetek után

- a) a háziiorvosi szolgáltató díjazásából bejelentkezett biztosított ellátása esetén a **11. § (1) bekezdése** szerinti, 2007. évi díjazás országos átlagos havi esetszámmal osztott összegének 10%-a,
- b) a területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi szolgáltató eseti ellátásának díjazásából a tárgyhónapban egy eseti ellátásra jutó díj összegének 10%-a,
- c) a háziiorvosi ügyeleti szolgáltatásra szerződéssel rendelkező szolgáltató díjazásából a **11. § (1) bekezdése** szerinti, 2007. évi díjazás országos átlagos havi esetszámmal osztott összegének 10%-a,
- d) a fogászati alapellátást nyújtó szolgáltató díjazásából az adott ellátás után járó teljesítménydíj 10%-a kerül levonásra.

(4) A háziiorvosi, a házi gyermekorvosi, a háziiorvosi ügyeleti szolgáltató és a fogászati alapellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a Vhr. 12/B. §-ában előírt ellenőrzési kötelezettség teljesítése esetén, ellátási esetenként 50 forint ellenőrzési díjra jogosult. A díjazás szempontjából ellátási esetnek minősül az adott ellátási formában egy biztosított egy napon történt ellátása.

(5) A járóbeteg-szakellátást, illetve fekvőbetegszakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a Vhr. 12/B. §-ában előírt ellenőrzési kötelezettség teljesítése esetén ellátási esetenként 50 forint ellenőrzési díjra jogosult. A díjazás szempontjából egy ellátási esetnek minősül járóbeteg-szakellátás esetében egy biztosított egy egészségügyi szolgáltatónál egy napon történt ellátása, fekvőbeteg-szakellátás esetében ápolási esetenként az ellenőrzés elvégzésére a Vhr. 12/B. §-ában meghatározott nap.

(6) Az OEP a (4) és (5) bekezdésben meghatározott ellenőrzési díjat a **6. § (3) bekezdése** szerint utalványozza.

4/B. §

5. § (1) Adathiány vagy hibás adat miatt a szolgáltató a pótlólagos vagy javított elszámolás iránti igényét legfeljebb a teljesítés hónapját követő második

- hónap 5. napjáig küldheti meg. Az elszámoló által megküldött hibalista alapján a teljesítés hónapját követő negyedik hónap 5. napjáig nyújtható be az adat javítása, illetve a technikai okokból feldolgozhatatlan adat pótlása. A teljesítmények OEP által történő adatfeldolgozása során elkövetett hibák kijavítását az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendeletben (a továbbiakban: R.) meghatározott – az adott ellátásra vonatkozó elszámoláskor hatályban lévő – finanszírozási szabály hatályának idejére visszamenőleg kell elvégezni. A javított tételek elszámolása a hibás elszámolás időszakában érvényes forintértékkel történik.
- (2) Adathiánynak minősül, ha a jelentett adatok a kötelezően jelentendő adatok nem teljes körét tartalmazzák.
- (3) Hibás az adat
- a) ha a szolgáltató, a szolgáltatást igénybe vevő adatai, vagy az ellátás azonosítását, leírását szolgáló adatok nem felelnek meg a jogszabályokban, továbbá a kitöltési útmutatóban foglalt előírásoknak, továbbá
- b) ha a fekvőbeteg-szakellátást igénybe vevő adatai azonos ellátási napon egyéb ellátási formában is jelentésre kerülnek, ez alól kivételt képeznek krónikus fekvőbeteg-szakellátás esetén a CT, MRI diagnosztikai vizsgálatok, az újszülöttek járóbeteg-szakellátásban jelenthető szűrővizsgálata, a dialízis ellátások, továbbá az R. 8. számú melléklete szerinti ellátások. Az otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás esetében egy elrendelő lap alapján végzett teljes ellátási időszak hibásnak minősül, ha azonos időszak alatt fekvőbeteg-szakellátás igénybevétele is jelentésre kerül.
- Amennyiben a hibajavítására az első elszámoló által, az átfedésekről készített és az érintett szolgáltatóknak kiküldött lista alapján az (1) bekezdésben előírt határidőig nem kerül sor, az átfedéssel érintett elszámolási tételek nem kerülnek elszámolásra, kivéve, ha az elszámolási tételek közötti átfedések rendezését e rendelet másképp szabályozza.
- (4) Az el nem számolt hibás vagy hiányos tételekről listát kell készíteni. Az ezen szereplő esetek csak a hibajavítást, illetve a hiány pótlását követően kerülhetnek elszámolásra. Az elszámolás a hibákat kijavító tételek megküldése után történik.
- (5) A javított tételek elszámolása az általános szabályok szerint történik azzal, hogy a már korábban elszámolt tételt módosító javításoknál csak különbözetet lehet elszámolni.
- (6) Az utólagos teljesítményszámolás az elszámoláskor érvényes értéken történik.
- (7) Ha az intézmény teljesítményét nem számolta el határidőre, az OEP évente legfeljebb két ízben – utólagos elszámolás mellett – előleget folyósít az intézmény kérelmére, amelynek összege legfeljebb a tárgyév megelőző évi teljesítménydíj egyhavi átlagának egyharmada lehet.
- 6. § (1)** A szolgáltatót a finanszírozási szerződés alapján
- a) fixdíj, és/vagy
- b) teljesítménydíj illeti meg.
- (2) Egy teljesítményegység forintértéke:
- a) az e rendeletben előírt tételes díj,
- b) az a) pont hiányában a teljesítmények trendszámításán alapuló, az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter által előre meghirdetett összeg,
- c) az a) és b) pontokban foglalt hiányában, a költségvetésben rendelkezésre álló havi keret és az országos teljesítmények hányadosa.
- (3) Az OEP a szolgáltató részére az (1) bekezdés szerinti díjat havonta, az államháztartás működési rendjéről szóló 217/1998. (XII. 30.) Korm. rendeletben (a továbbiakban: Ámr.) meghatározottak szerint utalványozza.
- (4) A tárgyév utolsó hónapjában a havi kifizetést követően és az átcsoportosítások után az egyes szakfeladatokon még rendelkezésre álló előirányzat az éves elszámolható teljesítmény arányában osztható fel és fizethető ki a pénzügyminiszter egyetértésével. A még rendelkezésre álló előirányzat felosztásánál a súlyponti kórházak járóbetegszakellátás és az aktív fekvőbeteg-szakellátás éves elszámolható teljesítményének kétszeresét kell figyelembe venni.
- (5) Amennyiben az Ebtv. 23. §-ának b), d), illetőleg e) pontja alapján a biztosított részleges térítési díjat fizet az ellátás igénybevétele során, annak összegével az adott szolgáltatásért elszámolható finanszírozási összeget csökkenteni kell.
- 6/A. § (1)** Az Eb. tv. 35. §-ának (4) bekezdése szerinti finanszírozási előleg folyósításának kérelmezésekor be kell mutatni az előleg szükségességének részletes indokolását és az intézkedési tervet.
- (2) A finanszírozási előleg folyósításáról vagy a kérelem elutasításáról az OEP főigazgatója dönt. A finanszírozási előlegben részesített szolgáltatókról és az előleg összegéről az OEP havonta tájékoztatja az egészségügyi minisztert és a pénzügyminisztert.

- (3) A főigazgató által engedélyezett finanszírozási előleget az OEP a gyógyító-megelőző ellátás előirányzata működési költség előleg keretéből utalványozza, és a Kincstár folyósítja a szolgáltató részére. A finanszírozási előleg maximális összege – a (4) bekezdés és az 50/A. § (1) bekezdése szerinti szolgáltatók kivételével – a szolgáltatónak az igénylést megelőző 12 havi finanszírozási összegből számított havi átlagösszeg 30 százaléka.
- (4) Finanszírozás szempontjából új szolgáltató által vagy új kapacitáson nyújtott teljesítmény szerint finanszírozott szolgáltatások működési kiadásainak fedezetére utólagos elszámolással finanszírozási előleg folyósítható. E jogcímen a finanszírozási előleg a finanszírozási szerződés megkötését követően legfeljebb három hónapra folyósítható. A finanszírozó a folyósítás határidejének leteltét követően az előleget három egyenlő részletben az esedékes havi finanszírozási összegből levonja.
- (5) A finanszírozási előleget a tárgyévben vissza kell fizetni. A működési költség előleg keret év végi maradványa a 2001. évben a gondozóintézeti gondozás előirányzat összegét növeli.
- (6) Ha a finanszírozó ellenőrzése során megállapítja, hogy a szolgáltató a finanszírozási előleget nem a kérelemben megjelölt célra használta fel, az előlegnek még fennmaradt részét az egészségügyi intézmény részére járó finanszírozási összegből az Eb. tv. rendelkezése szerint számított kamatokkal együtt levonja.
- 6/B. § (1)** Amennyiben a finanszírozó ellenőrzése során megállapítja, hogy a szolgáltató az adott teljesítményt magasabb összeg finanszírozására jogosító jogcímen jelentette, akkor a szolgáltató az elszámolt, valamint a ténylegesen elvégzett és megfelelően dokumentált szolgáltatás finanszírozási értéke közötti különbözetet köteles megtéríteni az Eb. tv. 37. § (10) bekezdése szerint számított kamat összegéve
- (2)
- 6/C. § (1)** A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi szolgáltató a finanszírozás megszűnését követően, az adott szolgálat háziorvosához bejelentkezett biztosítottak két hónappal korábbi állapotnak megfelelő száma alapján, egyhavi díjazásra jogosult.
- (2) Az egészségügyi szolgáltató vagy annak önálló szervezeti egysége teljesítményen alapuló finanszírozási szerződésének megszüntetését követően végző elszámoláskor a szolgáltató
- a) amennyiben az adott szolgáltatás tekintetében kizárólag teljesítményen alapuló finanszírozásban részesült, minden jelentett és elszámolható teljesítmény után a teljesítéskor hatályos jogszabályokban meghatározott elszámolási szabályok szerinti,
- b) amennyiben az adott szolgáltatás teljesítményen alapuló finanszírozása fix összegű átalánydíjazással kezdődött, a finanszírozás megszűnését megelőző 12 havi teljesítménydíj összegéből számított egyhavi átlag 70 százalékanak megfelelő összegű díjazásra jogosult.
- (3) Az egészségügyi szolgáltató nem jogosult a (2) bekezdés szerinti díjra a finanszírozott kapacitás belső átszervezése esetén.
- (4)
- (5) Amennyiben a finanszírozási szerződés azért szűnt meg, mert az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv ellátási kötelezettségének átruházásáról más egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervvel megállapodott, vagy az ellátási kötelezettsége körébe tartozó közszolgáltatások nyújtására más egészségügyi szolgáltatóval egészségügyi ellátási szerződést kötött, akkor a finanszírozási szerződés megszűnését megelőzően nyújtott és elszámolható teljesítmények után járó díjat az OEP a megállapodó, illetve a szerződő felek erre vonatkozó külön megállapodása szerint utalványozza.
- (6) Ha a finanszírozási szerződés az (5) bekezdés szerint, vagy az egészségügyi szolgáltató megszűnik, az új megállapodás, illetve szerződés megkötése során figyelembe kell venni az Ebtv. 34. § (2) bekezdésének rendelkezését, és ha a megszüntetett egészségügyi szolgáltató az Ámr. szerinti nettó finanszírozási körbe tartozott, a megszüntető okirat tartalmára vonatkozó rendelkezést. A megállapodásban, illetve a szerződésben rendelkezni kell az átvállalt feladatot ellátó szolgáltatóval kötött finanszírozási szerződés megszűnése esetén a teljesítménydíj utalásának az Ebtv. 34. § (2) bekezdésének rendelkezésére figyelemmel meghatározott rendjéről.
- 6/D. § (1)** A finanszírozás keretében járó összeg terhére az Eb. tv. 35. § (1) bekezdés szerinti engedményezés esetén a szolgáltató az írásban megkötött engedményezési szerződést a teljesítést megelőző 30 nappal nyújtja be a finanszírozónak.
- (2) A szolgáltató és a finanszírozó a finanszírozási szerződésben meghatározott feladat ellátását szolgáló engedményezés teljesítésére szerződéskiegészítést köt, amennyiben az engedményezett

nem a szolgáltató közreműködője, és az engedményezett összeg összességében nem haladja meg a szerződés-kiegészítés megkötésének kezdeményezését megelőző 12 havi finanszírozás összegéből számított egyhavi átlag 10 százalékát, és az engedményezés legalább hat hónapra és havi azonos összegre vonatkozik.

(3) A finanszírozó egyidejűleg legfeljebb öt, a szolgáltató által kötött engedményezési szerződés alapján teljesít. Az engedményezett összeg tovább nem engedményezhető. A szolgáltató pénzforgalmi számlaszámát csak a kedvezményezett fél jóváhagyásával módosíthatja.

6/E. § Az OEP szerződést köt a fekvőbetegszakellátást nyújtó szolgáltatóval a **4. § (2) bekezdés** szerinti rendszerrel történő adatszolgáltatás teljesítésére.

6/F. § Gyógyszerhez nyújtott támogatás finanszírozása szabályainak megváltozása miatt a megváltozott finanszírozású gyógyszert felhasználó szolgáltatók számára – a betegellátás zavartalansága érdekében – előleg folyósítható. A folyósítás – amelynek határidejére és visszafizetésére a **6/A. § (4) bekezdésében** foglaltak az irányadók – a működési költségelőleg terhére történik.

II.

EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS

A háziiorvosi ellátás finanszírozása

7. § (1) A háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló rendelet (a továbbiakban: Hr.) hatálya alá tartozó háziiorvosi és házi gyermekorvosi (a továbbiakban együtt: háziiorvosi) tevékenységet nyújtó szolgáltató által nyújtott ellátásra a szolgáltató a finanszírozóval szerződés köt. A szolgáltató a szerződés megkötéséhez nyilatkozik arról, hogy az ellátást nyújtó orvos a **(2) bekezdésben** foglalt feltételekkel vállalja a folyamatos ellátást.

(2) Folyamatos az ellátás, ha

- a)** a háziiorvosi szolgálat orvosa a Hr.-ben meghatározott rendelési időben rendelőjében háziiorvosi tevékenységet végez;
- b)** munkanaponként a háziiorvosi szolgálat orvosa 8 órában – beleértve a rendelési időt és a tanácsadás idejét is – az öt választó biztosítottak számára szolgáltatást nyújt, ide nem értve a keresőképtelenség, a hivatalos távollét, illetve a szabadság miatt szükségessé váló helyettesítés eseteit;

c) munkanaponként a háziiorvosi szolgálat által alkalmazott ápoló 8 órában, a házi gyermekorvosi szolgálatban alkalmazott gyermekápoló vagy asszisztens legalább a rendelési időben a biztosítottak számára rendelkezésre áll, ide nem értve a keresőképtelenség, a hivatalos távollét, illetve a szabadság miatt szükségessé váló helyettesítés eseteit; és

d) a háziiorvosi szolgálat orvosa részt vesz a háziiorvosi ügyeleti rendszerben, kivéve, ha az ügyeleti ellátásért felelős önkormányzat, önkormányzati társulás vagy annak egészségügyi intézménye nyilatkozik arról, hogy

da) a közreműködésre nem tart igényt, vagy

db) feladatátadási szerződés keretében más szolgáltatóval szerződést köt az érintett háziiorvos által egyébként ellátandó ügyeleti feladatok teljes körének átadására.

(3) Ha a területi ellátási kötelezettség nélküli háziiorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezettek száma nem éri el felnőtt és vegyes lakosság esetén az 1200 főt, illetve gyermek lakosság esetén a 600 főt a **(2) bekezdés c)** pontban meghatározott ápoló (gyermekápoló, asszisztens) munkaidejét a bejelentkezett biztosítottak és felnőtt, illetve vegyes lakosság ellátása esetén az 1200 fő, gyermek lakosság ellátása esetén a 600 fő hányadosa szerint kell meghatározni. Amennyiben a bejelentkezett biztosítottak száma eléri vagy meghaladja a fenti biztosítottak számát az ápoló (gyermekápoló, asszisztens) munkaidejére a **(2) bekezdés c)** pontja az irányadó.

7/A. § Az alapellátási szolgálat – kivéve a **20. §** szerinti iskola-egészségügyi, valamint a **19. §** szerinti ügyeleti szolgálat – helyettesítéssel történő ellátása esetén a helyettesítő orvos/fogorvos a körzetének rendelési idején túl köteles a helyettesítéssel ellátott szolgálatra megállapított rendelési időnek legalább az 50%-át teljesíteni.

8. § (1) Területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi szolgálat finanszírozására a REP a **2. § j)** pontja szerinti lakosok igazolt számának figyelembevételével köt finanszírozási szerződést a szolgáltatóval a háziiorvosi körzet (a továbbiakban: körzet) lakosságának ellátására.

(2) A területi ellátási kötelezettséggel működő új háziiorvosi szolgálatra akkor köthető finanszírozási szerződés, ha a szolgáltató

- a)** 14 év feletti 1200-1500 fő lakos (a továbbiakban: felnőtt körzet), vagy

- b) életkori korlátozás nélkül 1200-1500 fő lakos (a továbbiakban: vegyes körzet), vagy
- c) 0-14 év közötti 600-800 fő lakos (a továbbiakban: gyermekkörzet) ellátását biztosítja.
- (3) Amennyiben a körzethatárok módosítása során a (2) bekezdésben meghatározott minimumlétszám alatti lakosság számú felnőtt, vegyes, illetve házi gyermekorvosi körzet kerül kialakításra, a REP a szolgáltatóval akkor köt finanszírozási szerződést, ha az önkormányzat(ok) rendelkezik(nek) a körzetek megosztásáról, ennek érdekében a szolgáltató a szerződés módosítását kezdeményezi. Az OEP a 14. § (2)-(4) bekezdése szerinti fixdíjakat utalja. Új körzet létesítése esetén nem köthető finanszírozási szerződés, ha az új körzet létesítése következtében valamely meglévő körzet lakosság száma felnőtt és vegyes körzet esetén 1200, gyermekkörzet esetén 600 fő alá csökken.
- (4) A (2) bekezdésnek megfelelő új körzet esetén a díjazást a REP a körzet kialakítását követő egy éven át kiegészíti az adott típusú házi orvosi körzetek előző évi teljesítménye szerinti átlagos havi díjazásának mértékéig. Az első hónapra a 14. § (2)-(4) bekezdés szerint járó díjazás a következő hónap fixdíjával együtt kerül utalványozásra.
- (5) A területi ellátási kötelezettséggel érintett körzet lakosság számát az előző év december 31-ei állapotnak megfelelően a település jegyzője igazolja a REP számára minden év március 31-éig, illetve a körzethatár-módosítás miatt kezdeményezett szerződésmódosítással egyidejűleg.
9. § (1) A finanszírozó területi ellátási kötelezettség nélküli házi orvosi szolgálat finanszírozására szerződést köt a Vhr. 17. §-ának (1) bekezdése szerinti szolgáltatóval, ha
- a) legalább 200, az Eb. tv. szerint biztosítottak minősülő személy (a továbbiakban: biztosított), illetve annak törvényes képviselője írásban nyilatkozik, hogy őt kívánja házi orvosának választani – kivéve, ha korábbi szerződése megszűnését jogellenes magatartása idézte elő -, és
- b) személyesen biztosítja a 7. § (2) bekezdése szerinti folyamatos ellátást.
- (2) A finanszírozó az (1) bekezdés szerinti szerződést megkötheti a MOK területileg illetékes szervezetének beleegyezésével is, amennyiben az (1) bekezdés a) pontja szerinti feltételek nem teljesülnek.
- (3) Ha a területi ellátási kötelezettség nélküli házi orvosi szolgálatnál a szerződés megkötését követő 6.

hónapban a bejelentkezett biztosítottak száma nem éri el a 200 főt, vagy az a későbbiekben 200 fő alá csökken, a finanszírozási szerződést a MOK illetékes szervezetének véleménye alapján lehet felmondani vagy fenntartani.

10. § (1) A REP a fővárosban legfeljebb 15, megyeszékhelyenként egy-egy hajléktalanok ellátására létrehozott, területi ellátási kötelezettség nélküli házi orvosi szolgálat finanszírozására köthet szerződést, amennyiben a fővárosban az adott területen, illetve a megyeszékhelyeken a (2) bekezdés szerinti folyamatos ellátás nem biztosított. A heti 30 órás rendelési idővel működő házi orvosi szolgálat díjazása a házi orvosi szolgálatok előző évben elért havi országos átlagdíjának a tárgyévi előirányzat-növekedés mértékével emelt összegével történik. E feladat ellátására csökkentett, de legalább heti 15 óra rendelési időre is köthető szerződés, időarányos díjazás mellett.
- (2) Az egészségügyi miniszter kijelölése alapján a REP a fővárosban négy, Debrecenben, Győrben, Miskolcon, Pécsen, Szegeden és Veszprémben egy-egy a hajléktalanok ellátását napi 24 órában, heti 168 órában biztosító, területi ellátási kötelezettség nélküli házi orvosi ellátás nyújtására működési engedéllyel rendelkező szolgáltatóval köthet szerződést. A kijelölés a Hajléktalan-ellátás Országos Módszertani Intézetének ajánlását figyelembe véve történik. Az ellátás kiegészül a fővárosban 1-1, a megnevezett megyeszékhelyeken 0,5-0,5 mozgó orvosi szolgálattal. A heti 168 órában működő szolgáltató díjazása az (1) bekezdés szerinti díj 90%-kal növelt összegének négyszerese. A mozgó orvosi szolgálatot a fővárosban az (1) bekezdés szerinti díj 90%-kal növelt összege, a megyeszékhelyeken az összeg 50%-a illeti meg.
- (3) Az (1) és (2) bekezdés szerinti szolgálatokat a szerződésben előírt nyilvántartási kötelezettség terheli. A szolgáltató a szerződés szerinti forgalmi adatokat szolgáltatja.
11. § (1) A házi orvosi szolgáltató a házi orvoshoz bejelentkezett biztosítottak után az E. Alapból a 12. § (2) bekezdés szerinti díjazásra jogosult, ha a külön jogszabály szerinti törzskarton, illetve gyermek-egészségügyi törzslap (a továbbiakban együtt: törzskarton) szabályszerű felvétele megtörtént. A házi gyermekorvosi szolgálat legfeljebb a 0-18 éves életkor közötti, a felnőtt házi orvosi szolgálat pedig a 14 éves életkor feletti bejelentkezett biztosítottak után részesül díjazásban. Nem jogosult a szolgáltató a bejelentkezett biztosítottak után díjazásra, ha a 17. §

- (1) **bekezdés** szerinti adatszolgáltatási kötelezettségét – figyelemmel az 5. § (1) **bekezdésében** foglaltakra – nem teljesíti.
- (2) A háziorvosi szolgálat a díjazás ellenében köteles a jogszabályokban előírt feladatokat ellátni, így különösen a dokumentált és havonta összesített gyógyítási munkát, gondozási feladatokat, megelőzési és szűrési tevékenységet. A finanszírozó a háziorvosi ellátás minőségi színvonalának emelése céljából a háziorvosi szolgálat típusának megfelelő mutatókat képez a szolgálat gyógyító-megelőző tevékenysége és adatszolgáltatása alapján, melyekről havi rendszerességgel értesíti az adott szolgálat működtetőjét.
- (3) A díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a 17. § (2) **bekezdése** szerinti nyilvántartás alapján meghatározott korcsoportonkénti pontszám összegének degressziós tényezővel korrigált értéke, valamint a szakképzettségi szorzó szorzataként kell megállapítani. A degressziót 2400 ponttól, illetve vegyes háziorvosi szolgálat esetén 2600 ponttól kell alkalmazni. Számítási módját a 3. számú melléklet A) pontja tartalmazza. A degresszió számításánál az adott háziorvoshoz bejelentkezett valamennyi biztosítottat figyelembe kell venni, függetlenül attól, hogy azok ellátására egy vagy több rendelésben, illetve azonos vagy eltérő rendelési időben kerül sor.
- (4) A szolgáltató a háziorvosi körzet területén élő lakosság elhelyezkedésének adottságait figyelembe véve, a betegek orvos általi felkeresése költségei fedezetére az alábbi területi kiegészítő díjazásra jogosult havonta:
- a) fővárosban, városban 26 000 Ft,
 - b) községben 30 000 Ft,
 - c) több teljes településre vagy több település részére kiterjedő körzetben 38 000 Ft,
 - d) ha a körzet ellátási területéhez külterületi lakott hely is tartozik 43 000 Ft.
- (5) A (4) **bekezdés** szerinti degresszió alóli mentesség a területi ellátásra kijelölt körzet legfeljebb 2400 (gyermekkörzet esetén 1200) főig terjedő lakosságszámra szól. Amennyiben a területi ellátásra kijelölt körzet lakosságszáma meghaladja a 2400 (gyermekkörzet esetén az 1200) főt és a (4) **bekezdésben** foglalt feltételek fennállnak, a degressziót a 2400 (gyermekkörzet esetén 1200) főt meghaladó bejelentkezett biztosítottak tekintetében kell alkalmazni. A 2400 (gyermekkörzetben 1200) főre figyelembe vehető pontértéket a REP számítja ki évente egyszer, a degresszió alól mentesített háziorvosi szolgálatra jellemző korcsoportos szorzók súlyozott átlaga alapján. A degresszióval korrigált pontszámot – a 3. számú melléklet A) **pontja** szerinti pontérték helyett – az OEP által kiszámított pontérték alapján kell meghatározni.
- (6) A (4)-(5) **bekezdések** szerinti mentesség tényét a REP évente április 30-áig felülvizsgálja.
- (7) Amennyiben a háziorvosi szolgáltató a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM. rendelet 6. § (1) és (2) **bekezdésében** meghatározott szakdolgozókön túl a háziorvosi szolgálat feladatainak ellátására további szakdolgozót alkalmaz, erről bejelentést tesz a finanszírozónak és erre tekintettel a finanszírozási szerződés módosításra kerül, a (3) **bekezdés** szerinti elszámolásban a háziorvosi szolgálat degressziós ponthatára
- a) a további szakdolgozó teljes munkaidőben történő foglalkoztatása esetén – kivéve az egy hónapot meghaladó tartós távollétet – 800 ponttal megemelt érték,
 - b) nem teljes, de legalább heti 20 órás munkaidőben történő foglalkoztatás esetén az a) pont szerinti 800 pont időarányosan csökkentett részével megemelt érték.
- 12. § (1)** Ha a háziorvosi szolgáltató a Hr. szerint a háziorvosi szakvizsgálathoz szükséges szakgyakorlatot letöltött szakorvos-jelöltet, illetve szakorvost alkalmaz a háziorvos felügyeletével, és erről bejelentést tesz a finanszírozónak, a finanszírozó a szerződést módosítja és az elszámolásban a degressziót – teljes munkaidőben történő foglalkoztatás (kivéve az egy hónapot meghaladó tartós távollétét) esetén – 3600 (vegyes körzet esetén 3800) ponttól alkalmazza. A szakorvos jelölt legfeljebb 4 praxisnál történő egyidejű foglalkoztatása esetén az 1200 pont megosztása a praxisok között arányosan történik.
- (2) Az egy pontra jutó díj a praxisfinanszírozás 5. számú melléklet szerinti, a 12/A. § (2) **bekezdése** alapján módosított kiadási előirányzata egy havi összegének a 4/A. §, a 8. § (4) **bekezdése**, a 10. § (1) **bekezdése**, valamint a 14. § (2)-(4) **bekezdése** szerinti kiadásokkal csökkentett része és a 11. § (3) **bekezdése** szerint megállapított, országos szinten összesített pontszám hányadosa.
- (3) Ha a helyettesítést a 15. § szerinti praxisközösségben a praxisközösség orvosa látja el, akkor a helyettesítést ellátó orvos szakképzettségi szorzójának a figyelembevételével történik a számítás. Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott praxis a 14. § (2)-(4) **bekezdése** szerinti fix összegű díj 60 százaléká-

ra jogosult. A fixdíj folyósítása szempontjából nem tekinthető tartós helyettesítésnek, ha a praxis ellátására a szolgáltató teljes munkaidőben a Hr. szerint háziiorvosi tevékenység végzésére jogosult másik orvost foglalkoztat.

(4) A korcsoportonkénti pontszámok alapján történő díjazásra a háziiorvosi szolgáltató érvényességi időhöz kötötten jogosult. Az érvényességi idő utolsó napjáig ismételt orvosi vizsgálatot kell végezni újabb törzskarton kitöltésével. Az orvosi vizsgálat során nem kell ismételt elvégezni a külön jogszabály szerint előírt vizsgálatokat. Az érvényességi idő számítása a biztosított születési napját követő hónap első napjától kezdődik, és az e bekezdésben meghatározott érvényességi ideig tart.

A korcsoportonkénti pontszám és érvényességi idő:

a) 0-4 év közötti bejelentett biztosított után	4,5 pont 1 év,
b) 5-14 év közötti bejelentett biztosított után	2,5 pont 1 év,
c) 15-34 év közötti bejelentkezett biztosított után	1,0 pont 3 év,
d) 35-60 év közötti bejelentkezett biztosított után	1,5 pont 2 év,
e) 60 év feletti bejelentkezett biztosított után	2,5 pont 2 év.

(5) Az érvényességi idő lejártát követően, ha az érvényességi időn belül az orvosi vizsgálat nem történt meg, vagy azt a háziorvos a hozzá bejelentkezett biztosítottnál igazolható módon nem kezdeményezte, az esedékes változásjelentésben a biztosítottat ki kell jelenteni. Amennyiben a kijelentést követően orvos-beteg találkozó jön létre, a **11. § (1) bekezdése** szerint kell eljárni, az egyidejű ellátás mellett a biztosított újra bejelenthető.

(6) Amennyiben helyszíni ellenőrzés megállapítja az újabb törzskarton szabályszerű kitöltésének vagy az orvosi vizsgálatnak az elmaradását, illetve az orvosi dokumentációban nincs adat arról, hogy orvosi vizsgálat történt a tárgyidőszakban vagy ezt kezdeményezte a háziorvos, akkor a finanszírozó a biztosítottak után

a) az ellenőrzést követő hónap 1. napjától nem folyósítja a díjazást, továbbá

b) az érvényességi idő utolsó napjának az időpontjától az e biztosítottak ellátása alapján folyósított összeg visszafizetésére kötelezi a háziiorvosi szolgáltatót, annak kamataival együtt.

(7) A szolgáltató folyamatosan ellátó orvos szakképzettsége és orvosi gyakorlati ideje alapján alkalmazandó szakképzettségi szorzó:

- a) a (8) bekezdés szerinti alapszakvizsgálattal nem rendelkező háziorvosnál 1,0,
- b) alapszakvizsgálattal nem rendelkező, 25 évnél több, körzetben eltöltött gyakorlati idővel rendelkező háziorvosnál 1,2,
- c) alapszakvizsgálattal rendelkező háziorvosnál 1,3

(8) A (7) bekezdés szerinti alapszakvizsgának minősül

- a) az általános orvostan szakorvosi szakképesítés,
- b) a háziorvostan szakorvosi szakképesítés,
- c) a belgyógyász szakorvosi szakképesítés és 10 év körzeti, illetve háziiorvosi gyakorlat, valamint
- d) a házi gyermekorvosi szolgálatnál csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosi szakképesítés.

12/A. § (1) A háziiorvosi szolgáltató a háziorvos gyógyító-megelőző tevékenységének a **11. § (2) bekezdése** szerinti értékelése alapján, abban az esetben jogosult teljesítménydíjazásra, ha a számított indikátorok legalább 25%-ában pontot ér el.

(2) Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a finanszírozó havonta állapítja meg. Az egy pontra jutó díj összege a minősítő teljesítménydíjazásra elkülönített kiadási előirányzat egy havi összegének és a tárgy hónapban díjazásra jogosult háziiorvosi szolgálatok országos szinten összesített pontszámának hányadosa.

13. § (1) Ha a területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi szolgálat a Hr. **3. §-ának** (3) bekezdése alapján olyan térítésmentes ellátásra jogosult személyt lát el (ide nem értve az ügyeleti szolgálatban ellátottakat), aki

a) biztosított, azonban az adott szolgáltathoz nem jelentkezett be, vagy

b) nemzetközi egyezmény, vagy a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek alapján jogosult az ellátásra [a továbbiakban a)-b) együtt: eseti ellátás],

a szolgáltató a (3)-(5) bekezdésben meghatározottak szerint részesül az E. Alapból díjazásban.

(2) Az **(1) bekezdést** alkalmazni kell a helyettesítés során is, kivéve, ha az ellátott biztosított a helyettesítő, illetőleg a helyettesített praxisba bejelentkezett.

(3) A háziiorvosi szolgáltató a tárgy hót követő hónap 5. napjáig az ambuláns napló adatai alapján a 4. számú melléklet szerint jelenti az általa nyújtott eseti

ellátásokat a finanszírozónak kísézőjegyzékkel, számítógépes adathordozón. Az OEP az adatokat összegyűjti, és az eseti ellátások így előálló számával elosztja az eseti ellátás díjazására rendelkezésre álló havi keretösszeget. A kapott összeg, de legfeljebb 600 forint, a tárgyhóban az egy eseti ellátásra kiutalható díj.

(4) A háziiorvosi szolgáltató részére az általa jelentett eseti ellátások száma és a (3) bekezdés szerinti díj szorzatának megfelelő összeget az OEP legkésőbb a jelentés leadását követő hónapban utalványozza a 6. § (3) bekezdése szerint.

(5) Amennyiben az eseti ellátások díjazására szolgáló havi keretösszeg nem kerül felhasználásra, annak maradványát a háziiorvosi szolgálatok következő havi teljesítményarányos díjazásához kell hozzáadni.

14. § (1) A területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi szolgáltató a 11-12. §-ban meghatározott díjazáson felül az E. Alapból havonta a (2)-(4) bekezdés szerinti díjazásra jogosult.

(2) A háziiorvosi szolgáltató a körzet lakosság száma és a rendelő adottságai alapján – a (3) bekezdésben foglaltak figyelembevételével – az alábbi fix összegű díjra jogosult:

a) felnőtt körzet esetén, ha a körzet felnőtt lakosainak száma

aa) nem éri el az 1200 főt	253 000 Ft,
ab) 1200 és 1500 fő között van	235 000 Ft,
ac) 1500 fő felett van	197 000 Ft,

b) gyermekkörzet esetén, ha a körzet lakosainak száma

ba) nem éri el a 600 főt	290 000 Ft,
bb) 600 és 800 fő között van	272 000 Ft,
bc) 800 fő felett van	235 000 Ft,

c) vegyes körzet esetén, ha a körzet lakosság száma

ca) nem en el az 1200 főt	271 000 Ft,
cb) 1200 és 1500 fő között van	250 000 Ft,
cc) 1500 fő felett van	214 000 Ft.

(3) A (2) bekezdés szerinti összeget növelni kell

a) tíz százalékkal, ha a háziiorvosi rendelő önálló épületben működik, illetve olyan épületben van, ahol nincs másik E. Alapból finanszírozott tevékenységet folytató szolgáltató,

b) 30%-kal, ha a háziiorvosi szolgálat orvosa legalább két rendelőben folytatja tevékenységét,

c) a b) pont szerinti mértéket meghaladóan rendelőként további 10%-kal, ha a b) pont szerinti díjazás alapját képező rendelőkhez képest a háziiorvosi szolgálat rendelői további más, az ellátási területhez tartozó településen vagy településeken helyezkednek el.

d) további 50%-kal, ha a háziiorvosi szolgálat körzete

da) a kistérségi támogatási alap célleírányzat felhasználásának részletes szabályairól szóló 5/2003. (V. 20.) MeHVM rendelet mellékletében felsorolt település(ek) re kiterjed és a körzet lakosság száma a 800 főt eléri, vagy

db) a kedvezményezett térségek besorolásáról szóló 311/2007. (XI. 17.) Korm. rendelet 2. számú melléklete szerinti leghátrányosabb helyzetű kistérséghez tartozó települések közül kettőre vagy többre terjed ki és a körzet lakosság száma 800-1500 fő közötti, vagy

dc) a területfejlesztés kedvezményezett térségeinek jegyzékéről szóló 64/2004. (IV. 15.) Korm. rendelet alapján 2007. november 24-ig jogosult volt a fix összegű díjazásának 50%-os emelésére.

a) fővárosban, városban 26 000 Ft,

b) községben 30 000 Ft,

c) több teljes településre vagy több település részére kiterjedő körzetben 38 000 Ft,

d) ha a körzet ellátási területéhez külterületi lakott hely is tartozik 43 000 Ft.

(5) A területi ellátási kötelezettség nélküli háziiorvosi szolgáltató havi 78 000 Ft összegű kiegészítő díjra jogosult, ha a szolgálathoz bejelentkezett biztosítottak száma gyermekorvosi szolgálat esetében meghaladja a 300, felnőtt és vegyes szolgálat esetében a 600 főt. A kiegészítő díj az adott havi teljesítménydíjak utalásával egy időben történik.

(6) Amennyiben a finanszírozó ellenőrzése során megállapítja, hogy a háziiorvosi szolgálat orvosa nem a Hr. szerint végzi a programozott betegellátást, az ellenőrzési jegyzőkönyv kelte szerinti hónapra folyósított (2), illetve (5) bekezdésben meghatározott fix összegű, illetve kiegészítő díj 50%-át visszavonja.

(7) A 6 hónapon túl betöltetlen területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálat betöltése esetén a szolgálat finanszírozása egy éven keresztül kiegészítésre kerül az azonos típusú szolgálatok elő-

ző évi teljesítménye szerinti átlagos havi díjazásának mértékéig.

(8) Azon tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetekben, amelyekben a területi ellátási kötelezettségnek 6 hónapot meghaladóan csak helyettesítéssel tudnak eleget tenni, a háziiorvosi szolgálat finanszírozása az Országos Alapellátási Intézet (a továbbiakban: OALI) részére – az OALI-val közalkalmazotti jogviszonyban álló orvos igénybevételével történő feladatellátás esetén – a 10. § (1) bekezdésében meghatározott díjazás számítás szerinti átlagos havi díj 140%-ával történik, amennyiben a körzet lakosság-száma az 1200 főt eléri, alacsonyabb lakosságszám esetén arányosan csökkentett a díjazás. Ezen ellátás idején a 7. § (2) bekezdésének b) pontjában foglaltakat nem kell alkalmazni.

15. § (1) Területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálatok feladatainak ellátására létrejött egészségügyi társas vállalkozás

b) a területileg egymás mellett levő háziiorvosi szolgálatokat praxisközösségben működtetheti. Erre tekintettel a finanszírozó a finanszírozási szerződést módosítja.

(2) A praxisközösséghez tartozó körzetek számára folyósított összeget együttesen kell kezelni azzal, hogy

a) a finanszírozás során a degressziót az együttes létszámra kell számolni,

b) a praxisközösség valamely orvosához bejelentkezett biztosított tekintetében eseti ellátási díj nem számolható el, amennyiben a választott háziorvost a praxisközösséghez tartozó más háziorvos helyettesíti.

(3) A praxisközösségben a (2) bekezdés a) pontja szerinti számítás után a háziorvosok szakképzettségi szorzójának átlagával kell a díjazást megállapítani azzal, hogy a 11. § (4) bekezdése nem alkalmazható.

16. §

17. § (1) A háziiorvosi szolgáltató a 2. és 20. számú melléklet szerinti adatokat havonta, a tárgy hónapot követő hónap 5. napjáig jelenti a finanszírozónak.

(2) Az OEP az (1) bekezdés szerinti jelentés alapján nyilvántartást vezet az egyes háziiorvosi szolgálatokhoz bejelentkezett biztosítottokról. Ha egy biztosított egyidejűleg több szolgáltató nyilvántartásában szerepel, az OEP a legutóbbi bejelentkezést veszi figyelembe, és egyidejűleg törli a másik szolgáltató nyilvántartásából, továbbá az OEP törli az elhunyt

személy adatait is, és a korrigált létszámmal számol. Az utalványozással egyidejűleg tájékoztatja a finanszírozás megszüntetéséről és annak okáról az érintett háziiorvosi szolgáltatót.

(3) A korcsoportos átsorolást az OEP havonta, a bejelentkezett biztosítottaknak a hónap utolsó napjához viszonyított életkora alapján végzi.

(4)

17/A. §

18. § (1) A 11-12/A. § alapján megállapított díjat az OEP a jelentés leadását követő hónapban utalványozza.

(2) A 2. számú melléklet szerinti adatszolgáltatás késedelmes teljesítése esetén az 5. § (7) bekezdése szerint kell eljárni.

19. § (1) A REP az ügyeleti szolgáltatás finanszírozására szerződést köt a területileg illetékes önkormányzattal vagy egészségügyi intézményével, illetve azzal, akivel az önkormányzat feladat átadási/átvállalási szerződést kötött.

(2) Az (1) bekezdés szerinti szolgáltató az ellátási területéhez tartozó háziiorvosi szolgálatok a háziiorvosi ellátásra szóló szerződés szerinti összlakosságszáma alapján jogosult az ügyeleti ellátás díjazására.

(3) A díjazás alapösszege 40 Ft/fő, amely a fenntartó települési önkormányzat illetékességi területéhez tartozó lakosságszám alapján az alábbiak szerint változik:

a)

b) a díjazás az alapösszegnek a lakosságszám alapján számított

ba) 2,1 területi szorzóval megemelt mértéke a 3000 alatti lakosságszámú,

bb) 1,7 területi szorzóval megemelt mértéke a 3 00 – 120 000 közötti lakosságszámú,

bc) 1,5 területi szorzóval megemelt mértéke a 20 00 – 140 000 közötti lakosságszámú,

bd) 1,3 területi szorzóval megemelt mértéke a 40 00 – 180 000 közötti lakosságszámú települési önkormányzatok esetében;

c) a b) pont szerinti szorzókkal kiszámított összes díj levonása után fennmaradó keretösszegeből kerül megállapításra a 80 000 fő feletti lakosságszámnál a díjazás mértéke, amely nem lehet kevesebb az alapösszeg 75 százalékánál, és nem haladhatja meg a díjazás alapösszegének bd) pontban meghatározott területi szorzóval növelt összegének 98 százalékát.

- (4) Amennyiben a (3) bekezdés ba)-bc) pontja szerinti település esetében a házi orvosi feladatok munkaidőn kívüli ellátása központi ügyelet útján történik, az ügyeleti szolgáltatást működtető egészségügyi szolgáltató a ba)-bb) pont szerinti esetben 30%-kal, a bc) pont szerinti esetben 20%-kal megemelt ügyeleti díjra jogosult. Amennyiben a központi ügyeleti szolgáltatást működtető egészségügyi szolgáltató a sürgősségi betegellátó osztályt működtető szolgáltatóval és a mentést végző egészségügyi szolgáltatóval kötött megállapodás szerint ügyeleti időben közös diszpécser szolgáltatást tart fenn, további 10%-kal megemelt ügyeleti díjazásra jogosult.
- (5) Az ügyeleti ellátás díját a 6. § szerint kell kiutalni.
- (6) 20 százalékkal megemelt ügyeleti díj azon települések, fővárosban azon fővárosi kerületek esetén állapítható meg, ahol az önkormányzat jegyzője igazolja, hogy a településen tartózkodó személyek száma – az igazolás kiadását megelőző egy naptári évben két hónapon keresztül folyamatosan és tartósan – a településen lakóhellyel rendelkező személyek számának legalább kétszerese.
- (7) A finanszírozás keretében az ügyeleti ellátás díjazása kizárólag az ügyeleti szolgáltatás kiadásaira használható fel.

Egyéb alapellátási feladatok finanszírozása

20. § (1) Az orvos és védőnő által nyújtott iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátás finanszírozására a REP a Vhr. 16. §-ának (1) bekezdése szerint köt szerződést.
- (2) A finanszírozási szerződés megkötéséhez a szolgáltató – az Eb. tv.-ben meghatározottakon túl – csatolja a külön jogszabály szerint az ellátás nyújtására jogosító szerződés másolatát, amely tartalmazza a nevelési, oktatási intézményben elhelyezettek, illetve tanulók létszámát.
- (3) A részmunkaidős orvossal működtetett iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat esetén az OEP – a nevelési-oktatási intézményben elhelyezettek, illetve tanulók (2) bekezdés szerinti létszáma alapján – havonta 62 Ft/fő összegű díjat utalványoz az orvosi feladatok ellátására a tárgyhónapot megelőző hónapban a 6. § (3) bekezdése szerint.
- (4) Az iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat orvosa által teljes munkaidőben ellátott iskola-egészségügyi feladatok díjazása az iskola-orvosi feladatokra rendelkezésre álló havi keretnek a (3) bekezdés szerinti díjazással csökkentett összege és az országosan összesen ellátandók száma alapján megállapított fejkvótával történik. A szolgáltató részére

a (2) bekezdés szerinti létszám és a fejkvóta szorzatának megfelelő díjat az OEP a 6. § (3) bekezdése szerint utalványozza a tárgyhónapot megelőző hónapban.

- (5) Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat főfoglalkozású orvosa a finanszírozási alapidő 60%-ára jogosult. Nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgáltató a praxis ellátására a teljes rendelési időben másik szakorvost foglalkoztat.

21. § (1) A REP a területi védőnői ellátás finanszírozására a Vhr. 16. §-ának (3)-(4) bekezdése alapján köt szerződést.

- (2) A területi védőnői szolgáltató által ellátott feladatok díjazásának kiszámításánál a következő pontszámokat kell figyelembe venni:

Ellátotti csoportok:	Pontszám:
várandós anya után	3
0-6 éves korú gyermek után	3
oktatási intézménybe nem járó, otthon gondozott tanköteles korú gyermek után	3
oktatási intézményben ellátott gyermek után	1
gyógypedagógiai oktatási intézményben ellátott tanuló után	2

- (3) A külön jogszabályban előírt, teljes munkaidőben iskola- és ifjúság-egészségügyi feladatokat ellátó védőnővel működő iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat a 20. § (2) bekezdése szerint megadott, illetve e § (11) bekezdése szerint évente korrigált létszám figyelembevételével számított pontérték alapján részesül díjazásban. Az ellátandók közül az oktatási intézménybe járó gyermek 1 ponttal, a gyógypedagógia ellátásban közreműködő közoktatási intézménybe járó gyermek 2 ponttal vehető számításba. A nem települési önkormányzat által fenntartott oktatási intézményekben létszámarányosan napi 8 óránál kevesebb munkaidőre is köthető finanszírozási szerződés.

- (4) A védőnői szolgáltató havi díjazásának mértéke az ellátottak száma alapján a (2)-(3) bekezdés szerinti számított pontértéknek és a (10) bekezdésben meghatározott egy pontra jutó forint értéknek a szorzata alapján kerül megállapításra az (5)-(8) bekezdésben foglaltak figyelembevételével.

- (5) Az ellátandók számát és a (2) bekezdésben foglaltak alapján számolt pontszámokat figyelembe véve a területi védőnői szolgáltató legfel-

jebb 750 pontot, a teljes munkaidőben iskola- és ifjúság-egészségügyi védőnőt foglalkoztató iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgáltató legfeljebb 1000 pontot érhet el szolgálatonként.

- (6) Ellátási érdekből a területi védőnői szolgáltató esetén a felső határtól a külön jogszabályban foglaltak szerint el lehet térni, a szolgáltatót ez esetben is a 750 pont szerinti díj illeti meg.
- (7) Ellátási érdekből az oktatási intézmény(ek) ben ellátandó létszám a teljes munkaidőben iskola- és ifjúság-egészségügyi feladatokat ellátó védőnővel működő iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat esetében a külön jogszabályban meghatározott tanulói létszámtól eltérhet az alsó határtól 10%-kal, a felső határtól 20%-kal, ezen esetekben a szolgáltató az alsó határnak megfelelő 800 pont, illetve a felső határnak megfelelő 1000 pont szerinti díjra jogosult. Amennyiben a tanulói létszámtól való negatív irányú eltérés esetén a tanulók létszáma alapján számított pontszám meghaladja a 800 pontot, akkor a számított pontszámnak megfelelő finanszírozási díj kerül kifizetésre.
- (8) Ha az ellátandó tanulók minimum 60%-a gyógy-pedagógiai ellátásban részesül, és a tanulói létszám alapján számított finanszírozott pont értéke eléri a 800 pontot, akkor a szolgálat abban az esetben is finanszírozható a (7) bekezdésben meghatározott módon, ha az ellátandó tanulói létszám nem éri el a jogszabály szerint szükséges mértéket.
- (9) Nem köthető finanszírozási szerződés új területi védőnői szolgálatra, illetve a körzethatár módosítását követően akkor, ha az ellátandók száma alapján számított pontérték városi településen nem éri el az 500, egyéb településen a 300 pontot.
- (10) Az egy pontra megállapított díj összege a védőnői ellátásra rendelkezésre álló előirányzatnak az ellátandók összesített pontszámával történő osztásával havonta kerül kiszámításra azzal, hogy az előirányzathoz előzőleg le kell vonni a (11) bekezdés szerinti díjazáshoz szükséges összeget.
- (11) A területi védőnői ellátást biztosító szolgáltató az ellátandó terület sajátosságainak megfelelően havonta az alábbi fix összegű díjazásra is jogosult:
- a) főváros, város: 80 000 Ft,
 - b) község: 90 000 Ft,
 - c) csatolt község: 100 000 Ft,
 - d) külterületi lakott hely: 110 000 Ft.
- A finanszírozási szerződésben feltüntetett ellátási terület adottságait figyelembe véve, amennyiben az ellátandó lakosság szám legalább 15%-a a

c)-d) pontban foglalt típusú települések valamelyikében lakik a védőnői ellátást biztosító szolgáltató a magasabb összegű díjazásra jogosult. A fix összegű díj 15%-a területi pótlék, továbbá tartalmazza a külön jogszabály szerint az egészségfejlesztési és népegészségügyi feladatokért meghatározott 250 pont díját is. A védőnői ellátást biztosító szolgáltatót az a)-d) pontokban foglalt összegeknél 10 000 forinttal magasabb összegű fix díj illeti meg akkor, ha a védőnői körzet kiterjed a külön jogszabályban meghatározott hátrányos helyzetű településre. Amennyiben a védőnői körzet több településre terjed ki, a szolgáltató további 20 000 Ft összegű pótlékra jogosult.

- (12) Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott területi védőnői szolgálat a (11) bekezdés szerinti fix összegű díjazás 60 százalékára jogosult. Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat a (3)-(6) bekezdésben meghatározott finanszírozási díj 60 százalékára jogosult. A díjazás folyósítása szempontjából nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgálat ellátására a szolgáltató teljes munkaidőben másik védőnőt foglalkoztat.
- (13) A szolgáltató a védőnői szolgálat által ellátandók létszámát minden év szeptember 30-ai állapotnak megfelelően október 31. napjáig, illetve körzethatármódosítás esetén a szerződésmódosítás kezdeményezésével egyidejűleg bejelenti a REP-nek
- a) az oktatási intézményben ellátandó tanulói létszámot az oktatási intézménnyel kötött megállapodás alapján;
 - b) a körzet 0-6 éves korú lakosságának számát és az oktatási intézménybe nem járó, otthon gondozott tanköteles korúak számát a területileg illetékes jegyző ellenjegyzése alapján;
 - c) a várandós anyák számát az ÁNTSZ illetékes városi intézetének igazolása alapján.
- (14) A szolgáltató részére az adott havi finanszírozás összegét az OEP a 6. § (3) bekezdése szerint utalványozza a tárgyhónapot megelőző hónapban.
- (15) A szolgáltató a gyermek-, illetve nőgyógyászati mozgó szakorvosi szolgálat tevékenységéről a finanszírozási szerződés szerinti adatokat, a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig nyújtja be a finanszírozóknak.
- (16) A gyermek-, illetve nőgyógyászati mozgó szakorvosi szolgálatot működtető szolgáltatót a (15) bekezdés szerint jelentett esetek száma és az egy ellátott esetre jutó tárgyhavi összeg alapján megállapított díjazás illeti meg. Az OEP a finanszírozásra

rendelkezésre álló havi keret, valamint a (15) bekezdés szerint jelentett összes esetszám alapján havonta állapítja meg az egy ellátott esetre jutó összeget.

21/A. § Ha a gyermekvédelmi szakellátást nyújtó, valamint sajátos nevelési igényű gyermekeket oktató-nevelő bentlakásos intézmények fenntartói együttesen kezdeményezik, hogy legalább 1000 gyermek számára az intézményekben nyújtandó egészségügyi ellátást egy egészségügyi szolgáltatóval végeztetik, – aki/amely központilag szervezi a helyszínen nyújtott gyermek-egészségügyi ellátást, – akkor a működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatóval erre a speciális egészségügyi ellátási feladatra a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény szerinti normatíva kiegészítéseként a REP finanszírozási szerződést köthet. A finanszírozás a költségvetési törvény LXXII. Egészségbiztosítási fejezet Gyógyító-megelőző ellátás jogcímcsoporton belül a Védőnői ellátás, anya-, gyermek és ifjúságvédelem jogcím előirányzata terhére történik, 1000 gyermekenként 5,6 millió forint összegben havonta, az ezt meghaladó létszám esetén arányos díjazás fizetendő.

21/B. § Az anyatejgyűjtő állomás finanszírozása a tárgyévi előirányzat-növekedés mértékével emelt összegű fix díjjal történik.

III.

FOGÁSZATI ELLÁTÁS

22. § (1) Az önkormányzattal, illetve az általa területi ellátási (körzet) kötelezettséggel megbízott fogászati ellátást nyújtó szolgáltatóval a REP finanszírozási szerződést köt.

(2) A finanszírozóval kötött – területi ellátási kötelezettség nélküli – szerződés alapján a fogászati ellátást nyújtó szolgálat működtetésének finanszírozására:

- a) a Honvédelmi Minisztérium, továbbá a **(4) bekezdésben** foglaltakon kívül az Oktatásügyi Minisztérium által fenntartott vagy a feladat ellátására szervezett, fogászati ellátást is biztosító egészségügyi szolgáltató legfeljebb 20-20 szolgálatra,
- b) az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium, az Önkormányzati Minisztérium vagy az általuk ellátandó feladat ellátására szervezett, fogászati ellátást is biztosító egészségügyi szolgáltató legfeljebb 34 szolgálatra,
- c) a Közlekedési, Hírközlési és Energiaügyi Minisztérium vagy az általa ellátandó feladat ellátására

szervezett, fogászati ellátást is biztosító egészségügyi szolgáltató legfeljebb 100 szolgálatra,

d) az országos fekvőbeteg-ellátó intézetek heti 40 óra szakellátási rendelkezésre jogosult.

(3) A REP szerződést köthet fogyatékkal élő gyermekek és felnőttek ellátására Budapesten heti 90, megyénként összességében heti 45-45 fogászati óraszámra. Ez a feladat a fogorvosi körzet működtetése mellett csökkentett fogászati óraszámra, de legalább heti 6 órában is ellátható. Az ellátást nyújtó havi alaplíjra jogosult a rendelkezésre állásra és a speciális tevékenységre tekintettel. Az alaplíj rendelkezésenként – önálló szervezeti egységgel rendelkező szervezeti egységenként – heti 30 óra rendelési idő esetén 12 000 korcsoportos pontszámra megfelelő összeg, ennél alacsonyabb heti rendelési idő esetén az összeg időarányos része.

(4) Az egyetemi képzést és továbbképzést végző intézmény havi alaplíjra jogosult a külön jogszabály szerint fogászati alap- és szakellátást (a továbbiakban: egyetemi fogászati ellátás) nyújtó szolgálatai tevékenységéért, a progresszív ellátásra és a rendelkezésre állásra is tekintettel. Az egészségügyi szolgáltatókat legfeljebb az alábbi heti óraszámra illeti meg az alaplíj:

	heti óra- szám
a) Semmelweis Egyetem, Budapest	1120,
b) Pécsi Tudományegyetem, Orvostudományi és Egészségtudományi Centrum	360,
c) Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ	360,
d) Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum	360,
e) Fővárosi Önkormányzat Központi Stomatológiai Intézet	360,

Az alaplíj rendelkezésenként – önálló szervezeti egységgel rendelkező szervezeti egységenként – heti 30 óra rendelési idő esetén 11 000 korcsoportos pontszámra megfelelő összeg, ennél alacsonyabb heti rendelési idő esetén ezen összeg időarányos része.

(5) A **(2) bekezdés** szerinti területi ellátási kötelezettség nélküli fogászati alap- és szakellátást nyújtó szolgáltató szolgálatonként, illetve szakrendelésenként, heti 30 órás rendelési idő esetén 1900 pontnak megfelelő összegű havi alaplíjra jogosult. A fogá-

szati szakellátást nyújtó szolgáltató szakrendelésenként, heti 30 órás rendelés esetén az alábbi korcsoportos pontszámnak megfelelő összegű havi alaplíjra jogosult:

- a) szájszabályozási, parodontológiai szakrendelés esetén 1900 pont,
- b) fogszabályozási, gyermekfogászati szakrendelés esetén 2300 pont,
- c) fogászati röntgen szakrendelés esetén 1900 pont. Amennyiben a rendelési idő nem éri el a heti 30 órát, az alaplíj időarányos része illeti meg a szolgáltatót.

(6) Alapellátási-fogászati ellátás – heti 30 óra rendelési idővel – finanszírozható, ha a területhez tartozó lakosság száma:

a) a gyermek, ifjúsági fogászati szolgálatnál 18 évnél fiatalabb	1 500 főt,
b) az iskolai, ifjúsági fogászati szolgálatnál 18 évnél fiatalabb, ideértve a 18. évet betöltött középiskola, szakképző iskola nappali tagozatán tanulmányokat folytató személyt is	1 500 főt,
c) vegyes szolgálatnál	3 600 főt,
d) felnőtt szolgálatnál	4 000 főt

eléri vagy meghaladja. A rendelési idő az ellátandó lakosok, illetve tanulók számával arányosan változik a kisebb fogorvosi szolgálat esetén. Finanszírozási szerződés a legalább heti 6 óra rendelési időben működtetett fogászati szolgálatra köthető.

Nem köthető új fogászati alapellátási szolgálatra finanszírozási szerződés, ha az új szolgálat létesítése következtében az ellátással érintett település területén lévő finanszírozott szolgálatra jutó lakosság szám felnőtt szolgálat esetén 4000, vegyes szolgálat esetén 3600, gyermekszolgálat esetén 1500 fő alá csökken.

(7) Fogászati alapellátás körébe tartozó sürgősségi ellátásra a 23. § (3) bekezdése szerinti feltételekkel

- a) a fővárosban legfeljebb hat,
- b) a 20 000 főt meghaladó lakosság számú településeken legfeljebb egy,

c) a b) pont alá nem tartozó települések bármilyen jellegű bevonásával 20 000 főt meghaladó lakosság szám esetén legfeljebb egy, valamint az e rendelet hatálybalépésekor is működő ügyeleti szolgálatra köthető finanszírozási szerződés.

(8) A fogászati szakellátást nyújtó szolgáltató – ideértve az egyetemi szakellátást nyújtó szolgáltatót is – abban az esetben jogosult a (4) és (5) bekezdés szerinti alaplíjra, ha a tárgy hónapban a díjazással érintett szakrendelés szolgáltatót nyújt.

23. § (1) A fogászati alapellátásban a fogorvosi szolgálat a területi kötelezettség szerint a szolgálathoz tartozó – és a szerződésben megállapított – lakosok számától függően a korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám alapján havi alaplíjas finanszírozásban részesül. A díjfizetés alapjául szolgáló korcsoportos pontszám értéke 34,4 Ft/hó. A korcsoportonkénti szorzó

a) gyermek, iskolai, ifjúsági szolgálat esetén 0-18 éves korig, ideértve a 22. § (6) bekezdésének b) pontja szerinti személyeket is 4,6

b) vegyes szolgálat esetén
0-18 éves korig 3,0
19-60 éves korig 1,0
60 éves kor felett 2,4

c) felnőtt szolgálat esetén
19-60 éves korig 1,0
60 éves kor felett 2,4

(2) A fogászati alapellátási körzet lakosság számát az előző év december 31-ei állapotnak megfelelően a település jegyzője igazolja a REP számára minden év március 31-éig, illetve a közzététel módosítás miatt kezdeményezett szerződésmódosítással egyidejűleg.

(3) A fogászati ügyelet alaplíja:

a) 50 000 fő alatti lakosság szám esetében, folyamatos elérhetőség biztosításával, minimum napi 4 óra helyszíni tartózkodással	310 000 Ft/hó,
b) 50 001-100 000 fő közötti lakosság szám esetében, folyamatos elérhetőség biztosításával, minimum napi 6 óra helyszíni tartózkodással	350 000 Ft/hó,
c) 100 000 fő feletti lakosság szám esetében, folyamatos elérhetőség biztosításával, minimum napi 6 óra helyszíni tartózkodással	412 000 Ft/hó,
d)	

e) kizárólag munkaszüneti napokon, heti pihenőnapokon, valamint ünnepnapokon az a)-c) pontban foglalt folyamatos elérhetőséggel és az előírt helyszíni tartózkodással biztosított fogászati ügyeleti ellátás esetén az a)-c) pont szerinti összeg 50%-a.

A REP-pel kötött finanszírozási szerződés alapján havi 1,1 millió forint sürgősségi rendelkezésre állási díj illeti meg azt a fogászati ügyeleti ellátást végző szolgáltatót, aki – legalább 500 000 fő feletti lakosságú településen – napi 24 órában a folyamatos fogászati ellátást biztosítja.

(4)

(5) Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott alapellátást nyújtó fogorvosi szolgálatok – ideértve az egyetemi alapellátást nyújtó szolgálatokat is – esetén a szolgáltató az alapidő 60%-ára jogosult. Nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgáltató a praxis ellátására a teljes rendelési időben másik szakorvost foglalkoztat.

(6) A korcsoportonkénti szorzóval számított korcsoportos-pontszám 6000 pont felett degresszió alá esik. A degresszió számítási módját a 3. számú melléklet C) pontjának megfelelően kell alkalmazni. A degresszió számításánál az adott fogorvos által területi kötelezettséggel ellátandó valamennyi lakost figyelembe kell venni függetlenül attól, hogy ellátásukra egy vagy több körzetben kerül sor. Az így számított pontértéket a körzetek pontszámának arányában kell figyelembe venni.

(7) A fogászati alapellátást és szakellátást nyújtó szolgáltató a nyújtott ellátások teljesítménypontszáma alapján teljesítményarányos díjazásra jogosult.

(8) A teljesítmény rögzítése a napi betegforgalmi nyilvántartás kitöltésével történik a 6/B. számú mellékletnek megfelelően azzal az eltéréssel, hogy a fogászati alapellátás és ügyelet igénybevételéhez a beküldő kódszámának feltüntetése nem szükséges.

(9) Teljesítményként az adott rendelésen nyújtott, a 29. számú mellékletben feltüntetett minimumidők figyelembevételével, az R. 12. számú mellékletében önálló elszámolási tételként meghatározott ellátásokhoz tartozó pontértéket lehet elszámolni, amennyiben az megfelel a fogászati ellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvben foglaltaknak. A minimumidő azt az időtartamot jelenti, amelynél kevesebbet a szolgáltató nem fordíthat az adott beavatkozás elvégzésére.

(10) Nem számolhatók el az adott fogászati alapellátást és szakellátást nyújtó szolgáltató szolgáltatá-

nak, illetve szakrendelésének tárgyhavi teljesítményéből a havi maximális teljesítményértéket meghaladó pontértékek. A havi maximális teljesítményérték az adott szolgálat, illetve szakrendelés által jelentett összteljesítményből a havi rendelési idő és a minimumidők alapján meghatározott teljesítmény szerint, időarányosan kerül megállapításra. A havi rendelési idő a finanszírozási szerződésben rögzített heti rendelési idők éves összesítése alapján, az egy hónapra jutó átlagból kerül meghatározásra.

(11) Amennyiben a biztosított esetében egy fogorvosi szolgálat, illetve szakrendelés egy napon több beavatkozást végez, a legmagasabb minimumidejű beavatkozáson kívüli beavatkozások minimumideje 10%-kal csökkentve kerül figyelembevételre a (9) és (10) bekezdés alkalmazásánál.

(12) Az egyetemre szakképzésre bejelentkezett szakfogorvos-jelölt az egyetem által szakképzésre kijelölt fogorvosi szolgálatban, illetve szakrendelésen történő alkalmazása esetén a havi teljesítményelszámolás jelöltként 50%-kal növelt havi rendelési idő figyelembevételével történik. Szolgálatonként, illetve szakrendelésenként legfeljebb két szakfogorvos-jelölt vehető figyelembe azzal, hogy egy jelölt egyidejűleg egy szolgálatban, illetve szakrendelésen, a praxist ellátó fogszakorvos felügyeletével folytathat elszámolható tevékenységet. A növelt rendelési idő első alkalommal a szakfogorvos-jelölt alkalmazásának finanszírozóhoz történő bejelentését követő hónap teljesítményének elszámolásakor vehető figyelembe. A szakfogorvos-jelölt után az adott szakképzésre jelentkezést követően – az egyetem igazolása alapján – legfeljebb 48 hónapig lehet a növelt rendelési időt figyelembe venni.

24. § (1) A finanszírozó által finanszírozott fogászati alapellátási szolgálatok a területükhöz tartozó lakosok részére – a külön jogszabály előírásai szerint – kötelesek fogászati szűrővizsgálatot végezni a szakmai előírásoknak megfelelően, és arról igazolást adni.

(2) A finanszírozó által finanszírozott fogorvosi szolgálat a rendelésén ellátott területen kívül lakó biztosított részére is térítésmentesen köteles nyújtani az Eb. tv. 12. §-ában meghatározott fogászati szolgáltatásokat.

(3)

25. § (1) A rendelkezések teljesítményéről a fogászati szolgáltató kísérelőjegyzékkel, számítógépes adathordozón a 23. § (8) bekezdése szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig. Az OEP a kiszámított díjat a jelentés beküldését követő hónapban utalványozza a Kincstárnak. A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapdíj, valamint a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj.

(2)

(3) Az OEP egy teljesítménypont forintértékét az éves költségvetésben rendelkezésre álló keret alapján a 23. § (1)-(5) bekezdések, valamint a (2) bekezdés szerinti kifizetések levonása után havonta állapítja meg az országos teljesítmények figyelembevételével. A Pénztár a teljesítménypontok havi forintértékéről az elszámolással egyidejűleg tájékoztatást ad.

(4) Új fogászati alapellátási szolgálatot az alapdíj a szerződéskötés kezdőpontjától illeti meg, melynek utalványozása a **6. § (2) bekezdés** szerint történik.

IV.

EGÉSZSÉGÜGYI SZAKELLÁTÁS

Általános szabályok

26. § (1) A szolgáltató az egészségügyi szakellátási tevékenysége után az E. Alapból akkor jogosult térítésre, ha

- a) az Eb. tv. rendelkezése szerint térítésmentes, illetve részleges térítéssel ellátást nyújt, és
- b) a **4. § (4) bekezdésében** foglalt kivétellel a biztosított TAJ-számát, és a részére nyújtott ellátást a beteg dokumentációjában rögzítette.

(2) A szolgáltató csak olyan teljesítményt jelenthet elszámolásra, amelynek teljesítése az érvényes szakmai szabályok szerint megtörtént, és amelyre az ellátást igénybe vevő egészségének megőrzése, helyreállítása érdekében volt szükség.

(3) Amennyiben a teljesített szolgáltatás jelentésére finanszírozási eljárásrend van érvényben, a szolgáltató a teljesítmény-jelentése során ennek alapján jelentheti a teljesítményét.

(4) A szolgáltató nem számolhatja el a finanszírozó felé a biztosított által ártámogatással igénybe vett gyógyászati ellátást

- a) járóbeteg-szakellátási teljesítményként,
- b) otthoni szakápolási teljesítményként,

c) ha azt a biztosított fekvőbeteg-intézményben veszi igénybe, a felvételtől az elbocsátás napjáig.

(5) A teljesítményfinanszírozás során használt szakmai kódrendszerek és finanszírozási paraméterek – az OEP bevonásával történő – folyamatos karbantartásáról, az ehhez szükséges adatok körének meghatározásáról és a változtatások szabályozásáról az egészségügyi miniszter rendeletben gondoskodik.

(6) Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató az OEP által biztosított program felhasználásával folyamatosan köteles elektronikus úton (on-line) jelenteni az OEP számára a rendelkezésére álló finanszírozott ágyak státuszát. Az aktív ágy a jelentés szempontjából foglalt, előfoglalt és szabad besorolásának minősülhet. Az OEP a szabad ágyakról folyamatosan on-line tájékoztatja az Országos Mentőszolgálat irányító központját a sürgősségi betegelhelyezés zavartalan biztosítása érdekében.

26/A. § (1) A biztosítottak részére nyújtott, az Eb. tv. 18. § (6) bekezdés 1) pontjában meghatározott ellátásokat az egészségügyi szolgáltató a 4. § (1) és (2) bekezdése szerint jelenti.

(2) Az (1) bekezdés szerinti beavatkozások nem számolhatók el a **4. § (3) bekezdése** szerinti finanszírozott tevékenységként.

(3) Az egészségügyi szolgáltató által az orvosbiológiai kutatásokról vezetett nyilvántartás a 26. számú melléklet szerinti adatokat tartalmazza. A szolgáltató a 26. számú melléklet szerinti adatokat az adott orvosbiológiai kutatáshoz kapcsolódóan elvégzett utolsó beavatkozás hónapját követő hónap 5. napjáig, számítógépes adathordozón megküldi a finanszírozónak.

(4) Az egészségügyi szakellátást nyújtó szolgáltató az Eb. tv. 18. § (9) és (10) bekezdése szerinti elszámolási nyilatkozat átadásának tényét e rendelet mellékletei szerint jelenti.

27. § (1) A finanszírozási szerződésben meghatározható a szolgáltató által nyújtható szolgáltatások köre, a szolgáltatásvolumen, a teljesítményvolumen, a teljesítés időbeli ütemezése és a többleteljesítmény elszámolásának feltételei és mértéke.

(2) A teljesítményvolumen (a továbbiakban: TVK) a járóbeteg-szakellátásra – ideértve a **32. §** szerinti CT, MRI vizsgálatokat is –, az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan éves szinten, illetve időarányosan, – az ellátási igények 28. számú mellékletben meghatározott országos szezonális index szerinti változásának figyelembevételével-havi bontásban kell meghatározni.

- (3) A (2) bekezdés szerinti TVK megállapításának alapját – ide nem értve a **29/A. § (1) bekezdése** szerinti orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatokat – a 2007. október 1-jétől 2008. szeptember 30-áig terjedő időszakra a szolgáltató, vagy az adott szolgáltatás tekintetében a szolgáltató jogelődje által jelentett és elszámolható, a finanszírozásra vonatkozó szabályok változásának teljesítményre gyakorolt hatásával korrigált teljesítmény mennyisége (a továbbiakban: bázisteljesítmény) képezi. A járóbeteg-szakellátást és az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók részére a tárgyidőszakra vonatkozó TVK a 28. számú mellékletben meghatározott országos teljesítményvolumen terhére, a bázisteljesítményük arányában kerül megállapításra.
- (4) A Kr. **29/A. § (1) bekezdése** szerinti orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok esetében az országos teljesítményvolumen a laboratóriumi ellátás 5. számú melléklet szerinti előírányt szolgáltatásvolumen szerződés alapján történő finanszírozás fedezetével csökkentett összegének 70 százaléka alapján meghatározott mennyiség. Orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók részére a tárgyidőszakra vonatkozó TVK az országos teljesítményvolumen terhére a (3) bekezdés szerinti bázisteljesítményük arányában kerül megállapításra.
- (5) A tárgyidőszakra vonatkozó TVK megállapítása a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó,
- a népegészségügyi program keretében külön jogszabály szerint végzett 42400 kódszámú mammoográfiai szűrés és a 42700 kódszámú nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat,
 - a külön jogszabály szerinti újszülöttkori öröklődő anyagcsere-betegségek szűrése,
 - az R.-ben meghatározott 29700 kódszámú boncolás teljes belszervi vizsgálat, a 29703 kódszámú boncolás problémaorientált, részleges belszervi vizsgálatokkal, a 29704 kódszámú boncolás mellőzéskor végzett tevékenység és a 29790 kódszámú boncolás utáni szövettani vizsgálat tevékenységek,
 - a szolgáltatásvolumenre kötött szerződés szerint finanszírozott ellátások, és
 - a **29/A. § (1) bekezdése** szerinti orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok kivételével történik.
- (6) Az orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok esetében a TVK megállapítása az R. 2. számú mellékletében külön jelzéssel ellátott molekuláris diagnosztikai vizsgálatokra az egészségügyi miniszter által meghatározott keret mértékéig kötött szolgáltatásvolumen szerződés alapján finanszírozott ellátások kivételével történik.
- (7) A tárgyidőszakra vonatkozó TVK megállapítása a finanszírozási szempontból aktív fekvőbeteg-szakellátásnak minősülő
- szülés mint esemény,
 - újszülöttek első ellátási eseményéért járó súlyszám érték azon része, amely a komplikációmentes 2499 g születési súly feletti újszülött ellátásáért elszámolható,
 - boncolás, és
 - szolgáltatásvolumenre kötött szerződés szerint finanszírozott ellátások kivételével történik.
- (8) A tárgyidőszakra megállapított TVK-t a tárgyidőszak szerinti hónapokra vonatkozóan jelentett szolgáltatói teljesítmények elszámolásában kell alkalmazni.
- 27/A. § (1)** A 27. § szerinti TVK-t módosítani kell:
- az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (a továbbiakban: Eftv.) és az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet alapján engedélyezett aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitás egynapos ellátási, illetőleg járóbeteg-szakellátási kapacitással, vagy krónikus fekvőbeteg-szakellátásra történő átcsoportosítása esetén,
 - az Eftv. alapján történt többletkapacitás befogadás esetén, kivéve a TVK terhére történt többletkapacitás befogadást,
 - az Eftv. 4. §-a szerinti eljárásban történő feladatváltozás esetén,
 - az ellátási terület Eftv. alapján történő módosításával, kivéve, ha a felek az Eftv. 5/B. § (1) bekezdése szerinti megállapodásukban úgy rendelkeznek, hogy a TVK ne kerüljön módosításra,
 - a finanszírozásra vonatkozó szabályok változásának teljesítményre gyakorolt hatásával, kivéve, ha jogszabály másként rendelkezik,
 - váratlan esemény vagy előre nem látható módon bekövetkezett ellátási szükséglet esetén az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter döntése szerinti teljesítménymennyiséggel,
 - az egészségügyi miniszter jóváhagyása alapján a kihasználatlan TVK szolgáltatók közötti felosztásával, valamint adott szolgáltatás igénybevételének

- változása alapján az érintett szolgáltatók közötti átcsoportosításával,
- h)** az Eftv. 2. § (3) bekezdése szerinti megállapodás, illetve szerződéskötés esetén,
- i)** az Eftv. 6. § (3) bekezdése szerinti megállapodás tartalma szerinti teljesítménymennyiséggel.
- (2)** Az aktív fekvőbeteg-szakellátásra lekötött kapacitás krónikus fekvőbeteg-szakellátásra történő átcsoportosítása esetén az aktív fekvőbeteg-szakellátási TVK-t az átcsoportosított kapacitásra jutó TVK 50%-ával kell csökkenteni, és a TVK másik 50%-a szerinti finanszírozási összegnek megfelelő mértékben növelni kell a krónikus fekvőbeteg-szakellátás 5. számú melléklet szerinti előírányzatát.
- (3)** Aktív fekvőbeteg-szakellátásra, illetve járóbeteg-szakellátásra lekötött kapacitás járóbeteg-szakellátás keretében végezhető egynapos ellátásra történő átcsoportosítása esetén az átcsoportosításra kerülő kapacitásra jutó TVK-val kell csökkenteni a szolgáltató aktív fekvőbeteg-szakellátási, illetve járóbeteg-szakellátási TVK-ját.
- (4)** TVK módosítást igénylő kapacitásváltozás esetén annak módosítása a változással érintett szakma szerinti TVK egy kapacitásegységre jutó mennyisége alapján történik. Amennyiben a szolgáltató nem rendelkezik az adott szakmában kapacitással, a TVK módosításánál az egy kapacitásegységre jutó szakma szerinti országos átlagot kell figyelembe venni.
- (5)** Az (1) bekezdés h) pontja alapján a feladatra jutó TVK mértékével kell módosítani, illetve megállapítani a feladatváltozással érintett szolgáltatók TVK-ját.
- (6)** Amennyiben az ellátási terület változása TVK módosítást igényel, a TVK átcsoportosítás a változással érintett ellátási terület lakosai által a szolgáltatások igénybevétele szerinti bázisteljesítmény arányában történik.
- (7)** Amennyiben a szolgáltató személyi, illetve tárgyi feltételek hiányában átmenetileg nem tudja teljesíteni a szerződésben vállalt ellátási kötelezettségét, a szolgáltató fenntartója a szolgáltatás nyújtását átmenetileg teljesítő szolgáltató fenntartójával megállapodik a TVK átmeneti átcsoportosításában, illetve rendelkezik a saját fenntartásában lévő intézmények közötti átcsoportosításáról. Megállapodás, illetve fenntartói rendelkezés hiányában a finanszírozó a szerződésben vállalt ellátási kötelezettség teljesítésének elmaradásával érintett feladatra jutó TVK-t átcsoportosítja.
- (8)** Amennyiben váratlan esemény vagy előre nem látható módon bekövetkezett ellátási szükséglet többletkapacitás-bevonási igény nélküli teljesítményvolumen-növekedéssel jár, az egészségügyi miniszter az illetékes regionális tisztifőorvos kérelme alapján a 28. számú melléklet szerinti tartalék terhére engedélyezheti az ennek megfelelő, országos alaplíjjal történő díjazás kifizetését. Amennyiben a tartalékban meghatározott forrás túllépése szükséges, az egészségügyi miniszter döntéséhez a pénzügyminiszter hozzájárulása szükséges.
- 27/B. § (1)** A szolgáltató a TVK felhasználása során a szerződés szerinti ellátási kötelezettségeit az a)-e) pont szerint meghatározott prioritási sorrend figyelembevételével köteles teljesíteni:
- a)** a működési engedélye szerinti szakmai kompetencia (a továbbiakban: szakmai kompetencia) körébe tartozó sürgősségi ellátások,
- b)** szakmai kompetencia és az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettség körébe tartozó progresszív ellátások,
- c)** szakmai kompetencia és az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettség körébe tartozó nem progresszív ellátások,
- d)** szakmai kompetencia körébe tartozó, az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettséget meghaladó progresszív ellátások,
- e)** szakmai kompetencia körébe tartozó, az Eftv. szerinti területi ellátási kötelezettséget meghaladó nem progresszív ellátások.
- (2)** Az R. 9. számú mellékletében meghatározott, a járóbeteg-szakellátás keretében végezhető egynapos sebészeti beavatkozásokat a járóbeteg-szakellátást is végző fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató jelentheti a járóbeteg-szakellátására megállapított TVK terhére, amennyiben megfelel a külön jogszabályban meghatározott szakmai feltételeknek. Az OEP a szolgáltató által jelentett beavatkozásokat a szerződésben rögzített minőségbiztosítási feltételek teljesítése mellett, a szerződésben elköltölt teljesítményvolumen mértékéig számolja el.
- 28. § (1)** Az OEP havonta legfeljebb a tárgyidőszakra megállapított TVK-nak a tárgyhónapig számolt, havi bontás szerinti időarányos része és a tárgyhónapot megelőző hónapig felhasznált TVK közötti különbözetnek megfelelő mértékű teljesítményt számol el a teljesítményegység **6. § (2) bekezdés b) pontja** szerinti forintértékkel.

(2) A 27. § (5) bekezdés a)-d) pontja szerinti járóbeteg-szakellátási és (7) bekezdése szerinti aktív fekvőbeteg-szakellátási szolgáltatások, valamint a szolgáltatásvolumenre kötött szerződés szerinti szolgáltatások teljesítményének elszámolása a teljesítményegység 6. § (2) bekezdés b) pontja szerinti forintértékkel történik.

(3) A 29/A. § (1) bekezdése szerinti orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok esetében a szolgáltató a tárgyhavi TVK-t meghaladó teljesítménye után a laboratóriumi ellátás 5. számú melléklet szerinti előirányzat alapján megállapított tárgyhavi finanszírozási keretnek még fel nem használt összege, és a TVK-t meghaladó országos teljesítmények hányadosa szerinti forintértékkel számolt díjazásra jogosult.

(4) A szolgáltatónak a teljesítménye utáni díjazás összegét az OEP kiszámítja, és a jelentés leadásának hónapjában utalványozza a 29/A. § (1) bekezdése és a 35. § szerinti ellátás kivételével. A 29/A. § (1) bekezdése és a 35. § szerinti ellátások esetén az OEP a jelentés leadását követő hónapban utalványoz.

(5) A teljesítményvolumen alapján finanszírozott ellátások esetében az elszámolt és jogalap nélkül kifizetett finanszírozást a teljesítményegység teljesítés szerinti hónapra érvényes szolgáltatói átlagértéke szerint kell visszatéríteni.

28/A. § (1) Az aktív fekvőbeteg-szakellátás területén a külön jogszabályban meghatározott sürgősségi ellátási szinteknek megfelelő szolgáltatást nyújtó, vagy a traumatológiai ellátás területén 24 órás, folyamatos betegfelvételt biztosító szolgáltató abban az esetben jogosult az R.-ben meghatározott havi fix összegű díjra, ha

a) a gyógyintézetben intenzív osztály és legalább 3 további szakmában szervezett aktív fekvőbeteg osztály működik, ideértve a mátrix szervezetben működő gyógyintézeteket is,

b) a működési engedély szerinti szakmákban a sürgősségi betegellátás folyamatos biztosításához szükséges személyi és tárgyi feltételekkel rendelkezik,

c) a tárgyhónapban a díjazással érintett szervezeti egység jogszabályban előírt sürgősségi betegellátást végez.

A díjazás fedezetére az 5. számú melléklet szerinti összevont szakellátás előirányzata szolgál.

(2) Az (1) bekezdésben foglalt feltételeket – a b) és c) pontban foglaltak kivételével – nem kell alkalmazni a speciális sürgősségi centrumok esetében.

28/B. §

Járóbeteg-szakellátás finanszírozása

29. § A járóbeteg-szakellátás finanszírozási szerződésében az - Eb. tv.-ben, valamint a Vhr.-ben foglaltakon túl – meg kell határozni:

a) a járóbeteg-szakellátást nyújtó rendelési helyeket és a lekötött heti szakrendelési óraszámot;

b) az egyes rendelesek által nyújtott és az E. Alap által finanszírozott szakfeladatokat;

c) a rendelesek azonosítására alkalmas kódszámait;

d) a gondozóintézetek által nyújtott szakfeladatokat és heti óraszámokat;

e) a nemibeteg-, a tüdőgondozókat (ideértve az ernyőképszűrést is), valamint az onkológiai, a pszichiátriai, az alkohológiai és drogbetegek gondozását végző elkülönített részlegeket, továbbá ezek kódszámát;

f)

g) a finanszírozó által nem finanszírozott rendeléseket.

h) a teljesítmény mennyiségét és a teljesítés időbeli ütemezését.

29/A. § (1) Az R. 2. számú melléklete szerinti, laboratóriumi szakmai besorolású szervezeti egységek által végzett orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok, valamint a mintaszállítás – ide nem értve a mintavételt – teljesítménydíjazása az 5. mellékletben e feladatra meghatározott előirányzat terhére történik.

(2)

(3)

29/B. §

30. § (1) A teljesítmények rögzítése a rendelési helyeken, a gondozást végző részlegeken és a szakambulanciákon a napi betegforgalmi nyilvántartás kitöltésével történik, amelynek alapján az egészségügyi szolgáltató megküldi a finanszírozónak az elszámoláshoz a 6/A. számú melléklet szerinti teljesítmény jelentést.

(2) Teljesítményként az R. 2. számú mellékletében önálló elszámolási tételként meghatározott ellátáshoz tartozó pontértéket lehet elszámolni, ha az ellátás megfelel a 4. § (3)-(4) bekezdéseiben, valamint a 26. §-ban és a finanszírozási szerződésben foglalt feltételeknek, továbbá a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvben foglaltaknak.

- (3) A gondozóintézetek, valamint a gondozást végző részlegek a 6/A. melléklet szerinti napi betegforgalmi adatokat kötelesek szolgáltatni. Az adatokat kísérlőjegyzékkel, számítógépes adathordozón a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig kell megküldeni a finanszírozónak.
- (4) Nem számolható el a finanszírozó felé járóbeteg-szakellátási teljesítményként
- a) a fekvőbetegosztályon kezelés alatt álló, valamint a fekvőbeteg-gyógyintézetből történt elbocsátást követően a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményben a HBCs felső határnapjáig, de legalább 10 napig a beteg részére nyújtott, a fekvőbeteg-szakellátás HBCs besorolása szerinti fődiagnózisnak megfelelő főcsoportba tartozó betegségek miatti járóbeteg-szakellátás, kivéve az Országos Orvosszakértői Intézet által végzett, jogszabályban meghatározott orvos szakértői vizsgálatokat, a sürgősségi betegellátási egységben nyújtott és 6 órán belül befejezett ellátást, a külön jogszabályban meghatározott csecsemőkori szűréseket, továbbá a fekvőbeteg-ellátást indokoló betegséggel össze nem függő onkológiai és citológiai szűréseket, amennyiben azok elvégzése a külön jogszabályban foglaltak szerint nem történt meg;
- b) az olyan személy részére nyújtott ellátás, akit az ellátás napján – a rendelő beutalása alapján – a rendelőt működtető egészségügyi intézmény valamely fekvőbetegosztályára felvettek;
- c) a 29. § e) pontja szerinti gondozó szűrővizsgálatai, valamint az általa gondozottak részére nyújtott szakellátás;
- d) az olyan személy részére nyújtott ellátás, amelynek költségeit az egészségügyi szolgáltató a beutaló (vizsgálatot kérő) szolgáltatóval közvetlenül elszámolja, vagy amely máshonnan megtérítésre kerül.
- (5) A nyújtott ellátáshoz tartozó önálló elszámolási tételként azt a legmagasabb pontértékű tételt lehet kiválasztani, amely tételhez tartozó szakmai követelményrendszernek az ellátás megfelelt.
- (6) Ha a szakrendelés egy személy részére több egymással össze nem függő ellátást nyújt, akkor az ellátásokat a (5) bekezdésben foglaltak szerint külön-külön lehet elszámolni. A laboratóriumban végzett terheléses vizsgálatok elszámolása – külön beavatkozási kód hiányában – a vizsgálat szakmai szabályok szerinti ismételt jelentésével történik.
- (7) A laboratóriumi és a kórbonctani-kórszöveti vizsgálatok teljesítménye akkor is elszámolható, ha az alapellátás vagy az egészségügyi szolgáltatást orvosának rendelkezésére bocsátott mintából történt a vizsgálatok elvégzése. Az ellátás időpontjának a mintavétel időpontját kell tekinteni.
- (8) Ha a fekvőbeteg-ellátást nyújtó szolgáltató kérésére a beteg részére járóbeteg-szakellátást más szolgáltató nyújt, ennek költségeit a szolgáltatók külön szerződés alapján számolják el. Az elszámolás során legfeljebb az adott szolgáltatásnak az OEP által alkalmazott aktuális finanszírozási paraméterei vehetők figyelembe.
- (9) Nem számolható el az adott rendelés tárgyhavi teljesítményéből az a jelentett teljesítmény – a beteg közvetlen jelenlétét nem igénylő, valamint a csoportos ellátás kivételével -, amellyel az összes tárgyhavi jelentés alapján az egy esetre jutó átlagos ellátási idő alatta marad az 5 percnél.
- (10)
- (11) Az (1) bekezdés szerinti jelentést kísérlőjegyzékkel, számítógépes adathordozón kell megküldeni a finanszírozónak a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig.
- (12) A 6. § (2) bekezdésének b) pontja alapján a forintérték meghirdetésre a 38. § (3) bekezdésében foglalt szabályokat kell alkalmazni.
- (13)
- 30/A. § (1)** A vértranszfúziós intézetektől a felhasználó intézmények által igényelt a nemzeti vérkészlettel való gazdálkodás szabályairól szóló 114/2000. (VI.29.) Korm. rendeletben meghatározott vér- és vérkészítmények (a továbbiakban együtt: vérkészítmény) térítési díját az egészségügyi miniszter rendeletben határozza meg. A térítési díjak fedezetét a szolgáltatók teljesítményarányos finanszírozási díjazása tartalmazza. A felhasználó intézmény számla alapján közvetlenül fizeti meg a kiadó vértranszfúziós intézet részére az igényelt vérkészítmény(ek) díját.
- (2) Amennyiben a felhasználó az (1) bekezdés szerinti fizetési kötelezettségének nem tesz eleget a kövétel lejártától számított 8 napon belül (a továbbiakban: késedelem), az Országos Vérellátó Szolgálat (a továbbiakban: OVSZ) és a késedelembe esett szolgáltató 10 napon belül köteles egyeztetést lefolytatni. Az egyeztetést az OVSZ kezdeményezi a késedelemre történő felhívással és a számla kiegyenlítésére vonatkozó felszólítással egyidejűleg. Az egyeztetés számlaegyeztetésből és a kiegyenlítésben történő megállapodásból áll.

- (3) Az egyeztetésre nyitva álló 10 napos határidő eredménytelen elteltét követően vagy a megegyezés ellenére sem teljesített fizetés esetén az OVSZ a számlaegyeztetésnek megfelelő követelését – díjmegtérítés céljából – eljuttatja az OEP részére.
- (4) Az OEP az OVSZ díjmegtérítési, valamint az OVSZ és a szolgáltató által a vérrel való ellátásra kötött szerződésben meghatározott kamat követelését 8 napon belül megküldi a felhasználó egészségügyi szolgáltatónak, és amennyiben a szolgáltató az értesítés kézhezvételétől számított 10 napon belül pénzügyi bizonylattal nem igazolja fizetési kötelezettségének teljesítését, a soron következő finanszírozási összeg átutalásakor a követelés mértékével csökkenti az intézmény számlájára átutalandó összeget, és a tartozásnak megfelelő összeget átutalja az OVSZ részére. Amennyiben a követelés mértéke meghaladja az intézmény esedékes finanszírozási összegének 5%-át, az OVSZ követelésének teljesítése több részletben, a havi finanszírozás összegének legfeljebb 5%-áig terjedően történik.
- (5) Amennyiben fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató számára az OVSZ járóbeteg-szakellátási tevékenységet végez, annak díja a mindenkor járóbeteg-szakellátás teljesítményegységének forintértékén kerül meghatározásra az R. 2. mellékletében meghatározott pontértékekkel.
- 31. § (1)** A **29. § e)** pontja szerinti szolgáltatók az E. Alapban e feladatra elkülönített előirányzatból fix összegű díjazásban és az elvégzett tevékenység alapján teljesítménydíjazásban részesülnek.
- (2) Az **(1) bekezdés** szerinti szolgáltatókat a 2006. évi havi fix összegű díjazás 50%-a és az R. 15. számú mellékletében meghatározott tevékenységek elszámolása alapján járó teljesítménydíjazás illeti meg. A fix összegű díjazás csökkentése alapján a járóbeteg-szakellátás teljesítményvolumen szerinti finanszírozásának a **27. § (2) bekezdésében** meghatározott alapját növelni kell a járóbeteg-szakellátás teljesítménydíjazásának a csökkenés időpontjában érvényes díjtétele alapján.
- (3)
- (4) A teljesítménydíjazás a járóbeteg-szakellátás – ide nem értve a laborkassza – és az aktív fekvőbeteg-szakellátás valamint CT-MRI szakellátás (a továbbiakban: összevont szakellátás előirányzata) terhére történik. Az elszámolható teljesítmények kódját az R. tartalmazza.
- (5)
- (6)
- (7)
- (8) A társadalombiztosítási és szociális ellátásokkal kapcsolatos orvosszakértői tevékenység az R. 2. számú mellékletében meghatározott pontértékkel finanszírozható.
- 32. § (1)** A CT, MRI vizsgálatok elszámolására a szakellátás orvosának beutalása alapján kerülhet sor. A finanszírozó a járóbeteg-szakellátás keretében végzett vizsgálatokat a szolgáltatóval kötött teljesítményvolumen szerződés alapján finanszírozza. A CT vagy MRI berendezés használatához kötött, az R. 2. számú mellékletében meghatározott beavatkozások finanszírozóhoz történő jelentése kizárólag a készülékkel rendelkező munkahely kódján történhet.
- (2) Az elszámolás havonta az R. 2. számú mellékletében megállapított pontszám alapján történik az R.-ben meghatározott szabályoknak megfelelően.
- (3) A szolgáltató a tárgy hónapot követő hónap 5. napjáig megküldi a finanszírozónak a CT-MRI vizsgálatok teljesítményét a 15. számú melléklet szerinti adattartalommal.
- (4) A CT, MRI berendezés cseréje esetén az ellátást nyújtó szolgáltató TVK-ját módosítani kell a CT, MRI berendezés korábbi éves átlagos teljesítményének időarányos részével, amennyiben az a TVK megállapításakor nem került figyelembevételre a bázis teljesítményben és amennyiben az R. **3. § (3) bekezdése** szerint bekövetkezett változás időpontjában a TVK módosításra került.
- (5) Nem számolható el járóbeteg-szakellátási teljesítményként az aktív fekvőbetegosztályon kezelés alatt álló beteg részére nyújtott CT, MRI vizsgálat, ideértve az aktív fekvőbeteg ellátással összefüggésben a felvétel és az elbocsátás napján elvégzett vizsgálatot is.
- 33. § (1)** A betegszállítás finanszírozása havonta, a szabályosan utalványozott betegszállítás céljából megtett hasznos és többletkilométerek alapján történik. Hasznos kilométerenként számolható el egyedi betegszállítás esetén a beteg felvételének helye és a betegszállító utalványon megjelölt érkezési helye közötti legrövidebb útszakasz, kapcsolt szállítás esetén az első beteg felvétele és az utolsó beteg érkezési helye közötti legrövidebb, illetve indokolt esetben az attól eltérő, a betegszállítás szempontjából legelőnyösebb útszakasz. Az elvégzett teljesítményekről a szolgáltató a 16. számú melléklet szerinti adattartalommal – kísérelőjegyzékkel, számítógépes adat-

hordozón – jelentést küld a REP-nek a tárgy hónapot követő hónap 5. napjáig. A beteg szállításáról a külön jogszabályban előírt adattartalmú, az utalvány adataival megegyező, hiánytalanul kitöltött adatlapot kell vezetni. Az éves költségvetésben egy hónapra rendelkezésre álló keretösszegeből a **(2) bekezdés** szerinti díjazás és a **34. § (3) bekezdés** szerint elkülönített összeg levonása után – az országos teljesítmények figyelembevételével – az OEP állapítja meg az egy kilométerre jutó országos forintértéket. Egy szerződött gépjármű teljesítményeként havonta legfeljebb 10 000 hasznos kilométer és többletférőhelyenként legfeljebb 2000 többlet kilométer számolható el. A többletférőhely a gépjármű összes férőhelyeinek – ideértve a gépjárművezető férőhelyét is – kettővel csökkentett száma lehet.

a) betegkísérő közreműködését igénylő szállítás esetén betegenként 750 forint,

b) az a) pont szerinti betegkísérő közreműködését nem igénylő szállítás esetén betegenként 250 forint.

(3) Többletkilométerként több beteg együttes (kapcsolt) szállítása esetén a beteg felvételi és az utalványon megjelölt érkezési helye közötti legrövidebb útszakasz vehető figyelembe, a közösen megtett útszakasz kilométereinek 0,2-szerese számolható el többleteljesítményként. Kapcsolt szállítás esetén a hasznos és többletkilométerek a betegenként megtett kilométerek arányában oszlanak meg az egyes esetek között.

(4) Nem jelenthető teljesítményként az egészségügyi szolgáltató egy telephelyén belüli és telephelyei közötti betegszállítás. A tartalékjárművel teljesített betegszállítás abban az esetben jelenthető, ha a finanszírozási szerződésben kapacitásként lekötött szállító járművet műszaki vagy egyéb ok miatt üzemén kívül kellett helyezni.

(5) Az OEP az **(1)-(3) bekezdések** szerint kiszámított díjat a teljesítést követő hónapban utalványozza.

(6) A betegszállítás finanszírozására irányuló szerződésben meg kell határozni - az egészségügyi miniszter és az OEP főigazgatója által együtt kijelölt szakértői bizottság javaslata alapján – a területi ellátási kötelezettséget, illetve a folyamatos ellátás biztosítását. A betegszállító szolgáltatók saját maguk, vagy megbízottjuk útján napi 24, heti 168 órában kötelesek a biztosítottak számára rendelkezésre állni.

(7) A finanszírozást igénylő szolgáltatók erre irányuló igényüket a REP-hez nyújthatják be, amelyet a (6) bekezdésben megjelölt szakértői bizottság bírál el és tesz javaslatot új szolgáltatók, illetve új kapacitások

bevonására, valamint a meglévő kapacitások módosítására és az ellátási területre. A bizottság javaslatát az OEP főigazgatója hagyja jóvá, és egyetértés céljából megküldi az egészségügyi miniszternek.

(8) A betegszállításra finanszírozási szerződés az adott évi költségvetési törvényben az LXXII. Egészségbiztosítási Alap fejezet 2. cím, 3. alcím, 1. jogcímcsoport, 5. Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás jogcímen rendelkezésre álló előirányzat mértékéig

a) új szolgáltatóval,

b) új kapacitásra,

c) a meglévő kapacitások módosítására

az egészségügyi miniszter egyetértésével köthető, illetve módosítható. Amennyiben az a)-c) pontok szerinti szerződéskötés éven túli kötelezettségvállalást is eredményez, pénzügyminiszteri egyetértéssel köthető meg a finanszírozási szerződés.

(9) A betegszállítás megrendelője a betegszállítás nem teljesítését, illetve olyan késedelmes teljesítését, mely a beteg állapotának olyan mértékű rosszabbodásához vezetett, hogy ennek következtében a betegszállítás már mentési feladatnak minősült, haladéktalanul köteles írásban jelenteni a REP felé.

33/A. § (1) A mentési feladatot végző szolgáltatók finanszírozása – ide nem értve a koraszülött mentést végző szolgáltatókat – az 5. mellékletben a mentési feladatra meghatározott előirányzat terhére a szolgáltatóval kötött szerződés szerinti fix összegű díjazással történik, melyet az OEP havonta a tárgy hónapot megelőző hónapban a **6. § (3) bekezdése** szerint utalványoz.

(2) A szolgáltató az elvégzett mentési feladatokról a 23. számú melléklet szerinti adattartalommal havonta, a tárgy hónapot követő hónap 5. napjáig jelentést küld a REP-nek.

34. § (1) A boncolás végzéséhez szükséges szakmai minimumfeltételekkel nem rendelkező fekvőbeteggyógyintézetben, vagy a nem fekvőbeteggyógyintézetben elhunyt személy esetében az orvosi rendelőre történő, kórboncolási céllal végzett halottszállítás költségtérítése – a kórboncolást végző fekvőbeteg-szakellátási szolgáltatóval kötött szerződés alapján – a **(2) bekezdés** szerinti átalánydíjjal történik az elrendelést igazoló utalványnak, továbbá az elhunyt személy és a halottszállítási utalvány adatainak számítógépes adathordozón a finanszírozó részére történő megküldését követő hónapban, az egyéb kifizetésekkel egyidejűleg.

- (2) Az (1) bekezdés szerinti halottszállítáért közigazgatási határon belül legfeljebb 8400 forint, közigazgatási határon túli esetben legfeljebb 12 600 forint szállítási díj illeti meg az (1) bekezdés szerinti intézetet, amennyiben a költséget igazoltan kifizette. A teljesítés hónapjának az igazolt kifizetés időpontját kell tekinteni.
- (3) A betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás finanszírozására elkülönített előirányzat egy havi összegéből először a halottszállítás kerül finanszírozásra, a maradék összegből a betegszállítás a 33. § szerint kerül finanszírozásra.

Otthoni szakápolás finanszírozása

35. § (1) Az otthoni szakápolást végző szolgáltató és az otthoni hospice ellátást végző szolgáltató (a továbbiakban együtt: szakápolási szolgáltató) finanszírozása a külön jogszabály szerint kötött szerződés alapján, az 5. számú melléklet otthoni szakápolás kiadási előirányzata terhére történik.
- (2) A szakápolási szolgáltató vállalja a szerződésben meghatározott ellátási területre az otthoni szakápolás vagy otthoni hospice ellátás igénybevételére jogosult személy (a továbbiakban: biztosított) otthonában végzendő szakápolást vagy hospice ellátást, és ezt a szerződési ajánlat benyújtásakor a működési területe szerint illetékes települési önkormányzatnak bejelenti. A szolgáltató a külön jogszabályban foglaltak alapján és a szakmai szabályok szerint végzi az ellátást.
- (3) Otthoni szakápolást a 9. számú melléklet szerinti nyomtatványon elrendelheti
- a háziorvos saját kezdeményezésre vagy intézeti zárójelentés alapján,
 - a járóbeteg- vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató szakorvosa közvetlenül, ha szerződése van a szakápolási szolgáltatóval [az a)-b) pont a továbbiakban együtt: kezelőorvos].
- (4) Intézeti zárójelentésen akkor javasolható otthoni szakápolás, ha az intézet – a háziorvos értesítése mellett – előzetesen lekötötte a biztosított részére a szakápolást. Az R. 9. számú mellékletében meghatározott egynapos beavatkozással összefüggésben nem rendelhető el otthoni szakápolás.
- (5) Az otthoni hospice ellátást a 30. számú melléklet szerinti nyomtatványon elrendelheti
- a járóbeteg- vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató klinikai onkológusa vagy a daganatos megbetegedés lokalizációja szerint illetékes szakorvosa közvetlenül, vagy
 - az a) pont szerinti szakorvosnak vagy az otthoni hospice ellátást végző szolgáltató palliatív jártasságú szakorvosának vagy palliatív mobil csoport (mobil team) palliatív jártasságú szakorvosának a javaslata alapján a háziorvos.
- (6) Otthoni hospice ellátás elrendelése esetén egyidejűleg otthoni szakápolás nem rendelhető el.
- (7) Az OEP az otthoni szakápolás 5. számú melléklet szerinti előirányzatának otthoni szakápolásra és otthoni hospice ellátásra elkülönített keretét a megyék között lakosság szám arányában osztja fel.
- (8) A REP az otthoni szakápolás végzésére jogosult szolgáltató szerződési ajánlatát 30 napon belül elbírálja, elfogadás esetén az erről küldött értesítést követően 10 napon belül – a rendelkezésre álló kereten belül – megkötöti a finanszírozási szerződést. A szerződésben az elszámolható normatív vizitszám, illetve ellátási napok száma (a továbbiakban: kapacitás) és a díjazás összege évente – havi bontásban – a szolgáltató ellátási területéhez tartozó települések lakosság száma alapján kerül meghatározásra. A finanszírozási szerződésben lekötött, illetve a havonta elszámolt teljesítményt az OEP háromhavonta felülvizsgálja, és a fel nem használt kapacitást átcsoportosítja oda, ahol arra igény jelentkezik. Havonta legfeljebb a tárgyhónapra lekötött kapacitásnak és a tárgyévi időarányos kapacitásmaradvány 10%-ának megfelelő teljesítmény számolható el, amennyiben az országos teljesítés a tárgyhónapban kevesebb, mint a havi előirányzat. A REP a következő évi szolgáltatói kapacitás megállapításánál az előző évi teljesítményt is figyelembe veszi.
- (9) A finanszírozási szerződésben egy teljes szakápolói munkaidőre legfeljebb napi 5 vizit, szakirányú terápiás szolgáltatás esetén napi 4 vizit köthető le. A részmunkaidőben foglalkoztatott dolgozó munkaidőjére időarányosan csökkentett kapacitás köthető le.
- (10) Az otthoni szakápolás keretében ápolási tevékenységek legfeljebb 14 vizitre, otthoni hospice ellátás legfeljebb 50 napra rendelhető el, amelyek naptári évenként, ismételt orvosi vizsgálat alapján – új elrendelő lap kitöltésével – az ápolási tevékenységek esetében további három, az otthoni hospice ellátás esetében további két alkalommal megismételhetők. Szakirányú rehabilitációs tevékenységek – a logopédia kivételével legfeljebb két hónapos időtartamú kúránként – legfeljebb 28 vizitre rendelhető el, amelyek naptári évenként egy alkalommal megismételhetők. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően ismételt ápolási tevékenységek új elrendelő

lap kitöltésével rendelhető el. Ápolási tevékenységek újabb megbetegedés esetén 14 vizitre ismételen elrendelhető, amelyek orvosi vizsgálat alapján – új elrendelő lap kitöltésével – esetenként, naptári évenként további három alkalommal megismételhetők. Az egy alkalomra elrendelt, az egyik naptári évről a következő naptári évre áthúzódó ellátást abba a naptári évbe tartozó ellátásnak kell tekinteni, amelyik évben az ellátás igénybevétele megkezdődött.

(11) Ha a beteg állapota szükségessé teszi, a kezelőorvos, a REP ellenőrző főorvosának egyetértésével, egyedileg meghatározott ápolási tevékenységekre további ellátást rendelhet el, ha a kapacitás a szolgáltatónál rendelkezésre áll.

(12) A kezelőorvos az ellátás befejezését az ápolási dokumentációban aláírásával igazolja.

(13) A finanszírozás – az ápolási kategóriánként képzett – vizitdíj alapján történik. A vizitdíjat a 3200 forintos alapidíj és a 12. számú melléklet szerinti szorzók alkalmazásával kell kiszámítani. Az otthoni hospice ellátás finanszírozási egysége az ellátási nap, amely az otthoni ellátáson kívül magában foglalja a folyamatos rendelkezésre állást is. A napidíj mértéke az otthoni szakápolás alapidíjának 120%-a.

(14) A REP és a szakápolási szolgáltató szerződése alapján a biztosított ellátására naponta egy vizit számolható el, az egy napon történt többszöri ellátás esetén is.

(15) Az a szakápolási szolgáltató, aki telephelyén kívül olyan településen lát el biztosítottat, ahol más szakápolási szolgáltató nem működik vagy külterületen lakó biztosítottat lát el, a REP-pel kötött szerződés alapján területi pótlékre jogosult. A területi pótlék összege a (13) bekezdés szerinti díj 10%-a. A (13) bekezdés szerinti díj 20%-ának megfelelő összegű területi pótlék illeti meg a szolgáltatót, ha 2000 főnél kisebb lakosságú településen történt a szakápolás, illetve az otthoni hospice ellátás. Az OEP a telephelyen kívüli településen végzett szakápolás esetén a területi pótléket a szerződés szerinti havi keretösszegegen felül számolja el.

(16) A szakápolási szolgáltató a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig – az otthoni szakápolás esetén a 10-11. számú melléklet, az otthoni hospice ellátás esetén a 31. számú melléklet szerinti adattartalommal – jelentést küld a REP-nek. A szakápolási szolgáltató minden hónap utolsó munkanapján részjelentést küld azokról az ellátásokról, amelyek a tárgyhónapban még nem fejeződtek be.

(17) Az OEP a megállapított díjat a jelentés leadását követő hónapban utalványozza.

Fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása

36. § (1) Fekvőbeteg-szakellátás klinikán, kórházban, szanatóriumban, szakápolási intézményben, valamint fekvőbeteg-ellátást nyújtó országos intézetben (a továbbiakban együtt: intézmény) végzett minden ellátási esemény, amelynek során a biztosítottat az intézménybe felvették, és ott legalább 24 órán keresztül – nappali kórházi ellátás esetén legalább 6 órán keresztül – tartózkodik.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltakon túl, jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül a fekvőbeteg-intézményben ellátott biztosított részére

a) a 0 alsó határnapú HBCs szerinti ellátás,

b) a sürgősségi betegellátásra vonatkozó szabályok szerint nyújtott, 6-24 órás ellátás,

c)

d) a 24 órán belül más intézetbe áthelyezett újszülöttek, továbbá

e) az osztályra történő felvételt követően 24 órán belül meghalt személyek részére nyújtott ellátás is.

(3) Az (1)-(2) bekezdésben foglaltakon túl jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül a biztosított részére az R.-ben meghatározott intézményben nyújtott – az R. 9. számú mellékletében meghatározott – beavatkozás, amennyiben a beteget a felvétel napján, de legkésőbb 24 órán belül hazabocsátották (egynapos beavatkozás).

(4) Fekvőbeteg-szakellátás esetén minden osztályos ápolási esetről a 14. számú melléklet szerinti Adatlapot kell felvenni. Az Adatlapon – a zárójelentéssel azonos adattartalommal – kell feltüntetni

a) az intézmény és az ellátó osztály, valamint a beküldő kódját;

b) az ellátott személy nevét, TAJ-számát;

c) az ellátási eset intézeti azonosítószámát (törzsszámát);

d) a felvétel és az elbocsátás időpontját;

e) a betegségek megnevezését, kódját, valamint típusjelét;

f) az elvégzett orvosi beavatkozások jelét és kódját;

g) a kórházból történő távozás módját;

h) a tételes elszámolás alá eső eszközök megnevezését és kódját, továbbá az Adatlapon feltüntetett kiegészítő adatokat.

- (5) Az ápolást indokoló fődiagnózisnak azt a diagnózist kell feltüntetni, amely az intézményi (osztályos) kezelést meghatározta, amelyhez az ellátási eset kapcsán nyújtott szolgáltatások tartoznak. Nem tüntethető fel olyan diagnózis ápolást indokló fődiagnózisként
- amelyet a betegnél nem állapítottak meg,
 - amely kezeléséhez szükséges feltételekkel az egészségügyi szolgálat nem rendelkezik,
 - amelyet megállapítottak, de a kezelést alapvetően nem ez határozta meg.
- (6)
- 37. § (1)** A fekvőbeteg-szakellátási intézet a 7. számú melléklet szerinti aktív és krónikus ellátást nyújthat. Az aktív ellátás végezhető mátrix szerkezetű fekvőbeteg-ellátó intézményben.
- (2) A szerződésben – az Eb. tv.-ben és a Vhr.-ben foglaltakon túl – meg kell határozni
- az aktív és krónikus fekvőbeteg-osztályokat, szakmánkénti bontásban;
 - az aktív és krónikus osztályok ágyszámát és kódszámát;
 - az egyes osztályok által nyújtott, finanszírozási szempontból kiemelt feladatokat, amelyek során tételes elszámolás alá eső eszközök felhasználására kerül sor, illetve, amelyek tételes elszámolás alá esnek;
 - az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló külön jogszabály szerinti mátrix szerkezetű intézetre szóló ÁNTSZ engedéllyel rendelkező intézet esetén az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó adatokat az intézetre összesítetten, továbbá a krónikus fekvőbeteg-szakellátási osztályokat részletesen;
 - a külön rendeletben meghatározott feltételekhez kötött ellátásokat.
 - a teljesítmény mennyiségét és a teljesítés időbeli ütemezését.
- (g)
- (3) A krónikus betegellátás szakmai csoportosítási szempontjait, súlyozási szorzóit és a jelentési kódokat a 8. számú melléklet tartalmazza. A finanszírozási szerződésben vállalt rehabilitációs szakfeladat mellett a krónikus ellátási szakfeladat és ápolási szakfeladat is, illetve a krónikus ellátási szakfeladat mellett az ápolási szakfeladat is – az adott szakfeladatnak megfelelő szorzó alapján – finanszírozható, amennyiben a feladat(ok) ellátására az egészségügyi szolgáltató működési engedéllyel rendelkezik. A krónikus ellátások egységnyi teljesítményének számításához betegcsoportonként kialakított szorzókat az egészségügyi miniszter rendeletben állapíthatja meg.
- (4) A 8. számú melléklet szerinti krónikus rehabilitációs betegellátás súlyozási szorzói a finanszírozási összegek megállapítására csak azon szolgáltatók rehabilitációs osztályain nyújtott ellátás finanszírozásához alkalmazhatók, amelyek rendelkeznek működési engedéllyel és megfelelnek a 8/A. számú mellékletben meghatározott szakmai szempontoknak. A feltételek fennállását az illetékes REP az év negyedik negyedévében lefolytatott ellenőrzés alapján állapítja meg. Ha az ellenőrzés azt állapítja meg, hogy a szolgáltató nem felel meg a 8/A. számú mellékletben meghatározott szakmai feltételeknek, tevékenysége alacsonyabb szakmai szorzóval vagy krónikus szakfeladatnak megfelelő szorzóval vagy ápolási szakfeladatnak megfelelő szorzóval kerül finanszírozásra. Ha a szolgáltató magasabb színvonalú szakmai feltételeknek felel meg, akkor tevékenysége a szakmai minősítésének megfelelően kerül finanszírozásra. A szolgáltató a módosított besorolás szerinti teljesítménydíjra az ellenőrzést követő év január 1-jétől jogosult.
- (5) A 8. számú mellékletben meghatározott krónikus ellátások esetén
- teljesítmény csak olyan osztályról – a 00017 és a 00022 kódszámú ellátást nyújtó osztály kivételével – számolható el, amelynek ágyszáma eléri vagy meghaladja a tízet;
 - ha a 00015 kódszámú krónikus osztályon a folyamatos orvosi tevékenység feltételei nem biztosítottak, a teljesítmény elszámolásánál a 00001 kódszámú ápolási tevékenység szakmai szorzóját kell alkalmazni;
 - a 00001 kódszámú ápolási tevékenységet nyújtó osztályról jelentett ápolási eset után elszámolt teljesítménydíjat a felvétel hónapját követő hetedik hónaptól 25 százalékkal, a tizenharmadik hónaptól 50 százalékkal csökkenteni kell;
 - a 00015 kódszámú szakmai csoportba sorolt krónikus osztályról jelentett ápolási eset a felvétel hónapját követő negyedik hónaptól a 00001 kódszámú ápolási tevékenység szakmai szorzójának alkalmazásával számolható el;
 - a c) és d) pont szerinti elszámolási szabályokat nem kell alkalmazni a tartós gépi lélegeztetést

igénylő, kómás, illetve tetraplégiaiban szenvedő betegek ellátása esetében, azzal, hogy a teljes díj kifizetésére a REP ellenőrző hálózatának orvosa (főorvosa) ellenőrzését követően kerülhet sor, mely ellenőrzést az ellátó intézménynek kell kezdeményeznie; f) a c) és d) pont szerinti elszámolási szabályok alkalmazása szempontjából a szolgáltatónál 00001 vagy 00015 kódszámú ellátásra az elbocsátást követő naptól számított hat hónapon belül történt ismételt felvétel esetén a megelőző 00001 és 00015 kódszámú ápolási esemény időtartamát is figyelembe kell venni.

(6)

(7) Az intézmény az aktív és a krónikus, a nappali kórházi, a kúraszerű, illetve az egynapos beavatkozási esetekről, továbbá a kórházban elhunyt beteg boncolásáról – a 14. számú melléklet szerinti adattartalommal – a tárgyhot követő hónap 5. napjáig jelentést küld az OEP-nek. Az OEP megküldi az intézetek teljesítményét a feldolgozás eredményével együtt az egyéb térítési kategóriák szerinti finanszírozást végző szervezeteknek, továbbá a teljesítést követő hónap 25. napjáig az egészségügyi szolgáltatók részére a saját jelentésük feldolgozásának eredményét.

(8) A krónikus betegellátásban a Funkciók Nemzeti Osztályozása (a továbbiakban: FNO) szerinti funkcionális állapotot a 14. számú mellékletben kell jelenteni.

(9) A 24. számú mellékletben meghatározott egészségügyi szolgáltató az Eftv. alapján kapott krónikus kapacitásának legfeljebb 20 százalékan végzett aktív belgyógyászati szakellátás után kiegészítő díjazásban részesülhet. A kiegészítő díjazás alapja a 2006. évben elért, egy aktív ágyra vetített teljesítmény díj bevételeinek 20 százaléka, az aktív ellátásra is engedélyezett ágyszám figyelembevételével.

(10)

38. § (1)

(2) A krónikus ellátások súlyozott napi díja és a HBCs súlyszám díja közti átszámítással a fekvőbeteg-ellátás teljesítmény értéke egységesen az R. 3. számú melléklete szerinti homogén betegsécsoport(ok) (a továbbiakban: HBCs) súlyszámában is kifejezhető.

(3) Az aktív és a krónikus fekvőbeteg-szakellátás teljesítmény szerinti finanszírozása előre meghatározott országos díjjal történik. Az országos díjat akkor kell változtatni, ha az éves előirányzat keretén belül az egyenletes, kiszámítható finanszírozás biztosítása

azt indokolja. A változást az OEP kezdeményezésére az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter közös közleményben teszi közzé.

(4)

(5)

(6)

(7)

39. § (1) A biztosított részére az intézménybe történő felvételétől az elbocsátásáig nyújtott ellátás egy ellátási esetnek számít, függetlenül attól, hogy ez idő alatt az intézmény egy vagy több, szervezetenként önálló osztályán nyújtották az ellátást. Ehhez az ellátási esethez tartozik a felvétel napján az ugyanazon intézetben nyújtott járóbeteg-szakellátás és a határnapon belüli ismételt felvétel is. Krónikus fekvőbeteg-szakellátó intézmények számára azok a napok nem kerülnek finanszírozásra, melyeken a beteg finanszírozott járóbeteg-szakellátást másik egészségügyi szolgáltatónál vesz igénybe.

(2) Krónikus fekvőbeteg ellátás esetén – ide nem értve rehabilitációs ellátást és a krónikus nappali kórházi ellátást – az egy ellátási esetben havonta legfeljebb 72 óráig tartó megszakítás is elszámolható azzal, hogy a szolgáltató a megszakítás időtartamára az egyébként járó napidíj 50 százaléka jogosult. A rehabilitációs krónikus ellátás esetén hetente 48 óráig tartó megszakítás is elszámolható azzal, hogy a szolgáltató a megszakítás időtartamára az egyébként járó napidíj 50 százaléka jogosult. A pszichiátriai aktív ellátás esetén az egy ellátási esetben a felső határnapot meghaladó időszakban havonta legfeljebb 72 óráig tartó megszakítás is elszámolható azzal, hogy a szolgáltató a 40. § (8) bekezdése szerinti díj 50 százaléka jogosult. A 72 óráig, illetve a 48 óráig tartó megszakítás a beteg osztályos felvételét követő 5 napon belül az otthonába bocsátását megelőző 5 napon belül nem számolható el.

(3) Az R. szerinti felső határnapon belüli, ugyanazon intézetbe történő ismételt felvétel az R. 14. számú mellékletében meghatározott esetekben nem számít az előző kezeléssel összevonva egy ellátási esetnek.

40. § (1) Egy ellátási eset egy vagy több finanszírozási esetet képezhet a (2)-(6) bekezdésekben foglaltak szerint.

(2) Egy fekvőbeteg-osztályos ellátási eset egy finanszírozási esetnek minősül, amelynek típusát a fekvőbeteg-ellátó osztály aktív vagy krónikus minősítése határozza meg.

Önálló finanszírozási esetnek minősül a kórházban meghalt beteg boncolása is.

- (3) Amennyiben egy beteget több aktív osztályon kezelték – függetlenül az áthelyezés indokától – egy aktív finanszírozási esetként kell kezelni. Újabb aktív finanszírozási esetnek minősül, ha az ellátási esetek között 30 napot meghaladó krónikus osztályon történő elhelyezésre került sor.
- (4) Az ellátásokat a (3) és az (5) bekezdésre is figyelemmel önálló finanszírozási esetekként kell elszámolni, amennyiben a beteget aktív és krónikus osztályon is kezelték.
- (5) Egy intézményen belül az aktív osztályról a krónikus osztályra áthelyezett esetenél a normatív ápolási időt követően 5 napon belül, az intenzív rehabilitációs osztályra áthelyezett esetenél 3 napon, illetve, ha ez kevesebb a felső határnapon belül nem számolható el a krónikus osztályon nyújtott ellátás.
- (6) A rövid ellátási (az alsó határnap letelte előtt befejezett) eset után az intézmény nem jogosult a teljes HBCs díjra. Az alsó határnap alatti egy napra eső díj a teljes HBCs díjnak az alsó határnap számával elosztott hányadosa.
- (7) Az aktív osztályon a főbeavatkozás és a mozgásszervi rehabilitáció szerinti ráépített HBCs is elszámolható, amennyiben a finanszírozási esetenél az aktív ellátáson túl az aktív osztályon rehabilitációra is sor került.
- (8) Az aktív osztályon kezelt felső határnapot meghaladó idejű esetenél (a továbbiakban: hosszú ellátási eset) a felső határnapot meghaladó időtartamra a napi díjazást a krónikus ellátás napi alapdíjának 75 százalékában kell megállapítani. Az intenzív osztályon a hosszú ellátási eset napi díja a krónikus ellátás napi alapdíjának a négyszerese.
- (9) Nappali kórházi ellátás
- fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató esetében az osztályos háttér ágyszáma szerint ellátható betegszám 50 százalékáig,
 - b)-c) jelenthető.
- (10)
- (11) A (9) bekezdés szerinti teljesítmény 0,7-es szorzóval számolható el. Nem számolható el teljesítmény heti pihenőnapra, vasárnapra és munkaszüneti napokra.
- (12) A szolgáltató a 14. számú melléklet szerinti adatlap 1-20. pontjának kitöltésével köteles a 37.

§ (6) bekezdése szerint jelentést küldeni az osztályra felvett betegek közül azokról, akiknek az ellátása a tárgyhónap végéig nem fejeződött be. Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó osztályról – a szülészeti-nőgyógyászati osztályt kivéve – naponta csak az osztály ágyszámának megfelelő ápolási nap szerinti teljesítmény számolható el. A teljesített ápolási nap számításánál nem kell figyelembe venni az újszülött szülészeti osztályon történt ellátásának első osztályos esetét, az egynapos ellátás, kúraszerű ellátás, valamint az R. 1. § (13) bekezdése szerinti személyek ellátásának eseteit. A felvétel és az eltávozás, áthelyezés napja egy napnak számít. A 100% feletti ágykihasználtságot eredményező ellátási eset (esetek) kizárólag attól a naptól kezdődően számolható (számolhatók) el, amely napon az ágykihasználtság 100% alá csökken.

(13) A megkezdett aktív fekvőbeteg-ellátás másik szolgáltató által felső határnapon belül történt folytatása esetén az áthelyező szolgáltató az elszámolási szabályok szerinti súlyszám 50%-ára jogosult. Amennyiben a megkezdett ellátás nem minősül sürgős esetnek, vagy nem tartozik az áthelyező szolgáltató szakmai kompetencia körébe, akkor az áthelyező szolgáltatót az elszámolási szabályok szerinti súlyszám 25%-a illeti meg.

(14) Fekvőbeteg gyógyintézetből történő elbocsátást követően felső határnapon belül másik gyógyintézetben végzett aktív fekvőbeteg-ellátás esetén – az R. 14. számú mellékletében meghatározott esetek kivételével – az elszámolási szabályok szerinti súlyszám 50%-a számolható el.

(15) Az Eftv. 11. §-a alapján befogadott nappali és kúraszerű ellátásra szerződött járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató részére – a finanszírozási szerződésben meghatározott szolgáltatás, illetve teljesítmény mennyiség mértékéig, a (11) bekezdésben foglalt alkalmazásával – az R.-ben meghatározott nappali, illetve kúraszerű ellátások számolható el.

41. § (1) Krónikus fekvőbeteg-osztályokról csak az osztály ágyszáma és a tárgyhónap napjai számának szorzatával meghatározott ápolási nap számolható el a havi teljesítményjelentésben. Az intézmény köteles részjelentést adni azon betegekről, akiknek az ellátása a tárgyhónap végéig nem fejeződött be. A krónikus fekvőbeteg-ellátásban teljes ápolási nap csak a beteg 24 órás kórházi benntartózkodása esetén számolható el. A felvétel és az elbocsátás napja egy napnak számít. A 39. § (2) bekezdése szerinti 72 óráig tartó megszakitást teljesített ápolási napként kell figyelembe venni.

- (2) Az R. 10. számú mellékletében meghatározott – egymással összefüggő kezelési sorozatot alkotó – befejezett vagy lezárt kúraszerű ápolási események elszámolása – ambuláns ellátás esetén is – a HBCs szerint történik.
- 42. §** A finanszírozással kapcsolatos nem személyes adatok közérdekű adatoknak minősülnek. Az adatokhoz való hozzáférés és ellenőrizhetőségük érdekében
- az OEP a havi összesített teljesítményadatokról és a kifizetésekről az 5. melléklet szerinti bontásban, ellátástípusonként készített tájékoztatót – az utalványozással egyidejűleg – megküldi az Egészségügyi Minisztériumnak, amelyet az EüM és az OEP hivatalos tájékoztatóként közzétesz az Egészségügyi Közlönyben,
 - az OEP a finanszírozási adatok közül a 22. számú melléklet **a) pontja** szerinti adatokat honlapján közzéteszi, továbbá a c) pont szerinti adatokat megküldi az EüM részére,
 - a finanszírozási adatokról az OEP – a **b) pontban** foglaltak mellett – az ESzCsM részére esetenként, igény szerinti csoportosításban összesítést és elemzést készít.
- 43. § (1)** Az R. 1. mellékletében szereplő – tételes elszámolás alá eső – egyszer használatos eszközök és implantátumok felhasználásáról olyan nyilvántartást kell vezetni, amely biztosítja a felhasznált eszköz(ök) beszerzését igazoló dokumentum(ok) és az ellátott esetek közötti megfeleltetést.
- (2) Az **(1) bekezdés** szerinti felhasznált eszközökről és implantátumokról a szolgáltató a finanszírozáshoz a 17. számú melléklet szerinti adatokat a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig megküldi a finanszírozónak.
- (3) Az **(1) bekezdés** szerinti egyes eszközökre és implantátumokra eső éves országos keretszámot az OEP – az Egészségügyi Minisztérium egyetértésével – határozza meg. Az eszközök felhasználására az OEP szolgáltatónként keretösszeget állapít meg. A finanszírozó a megállapított keret mértékéig finanszírozza a felhasználást.
- (4) Az OEP az **(1) bekezdés** szerinti eszközöket és implantátumokat természetben is biztosíthatja, erről azonban az intézeteket legalább 3 hónappal előbb értesíti. Ellenkező esetben az intézetek maguk gondoskodnak a beszerzésről, az OEP az elszámolt eszközök térítésére felső korlátot állapíthat meg.
- 43/A. § (1)** Az R. 1/A. mellékletében szereplő tételes elszámolás alá eső gyógyszerek felhasználásáról olyan nyilvántartást kell vezetni, amely biztosítja a felhasznált gyógyszer beszerzését igazoló dokumentum(ok) és az ellátott esetek közötti megfeleltetést.
- (2) Az **(1) bekezdés** szerinti gyógyszerek felhasználásáról a szolgáltató a 17/A. melléklet szerinti adatokat a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig megküldi a finanszírozónak.
- (3) Finanszírozó a szolgáltatótól az **(1) bekezdés** szerinti gyógyszerek finanszírozásához az R. 1/A. számú mellékletében meghatározott indikációkban a gyógyszeralkalmazás szakmai feltételeinek ellenőrzése céljából az adott gyógyszer alkalmazási előírásában és a vizsgálati és terápiás eljárási rendben meghatározott kiegészítő adatokat kérhet.
- (4) A szolgáltató a **(3) bekezdés** szerinti adatszolgáltatást a **(2) bekezdésben** meghatározottak szerint köteles elektronikus formában teljesíteni a finanszírozó felé. Hiányos vagy hibás adatszolgáltatás esetén a szolgáltatóra az **5. § (1) bekezdésében** foglaltak az irányadóak.
- (5) Az **(1) bekezdés** szerinti gyógyszerekre eső éves országos keretszámot az OEP - az egészségügyi miniszter egyetértésével – határozza meg. Adott gyógyszer felhasználására az OEP szolgáltatónként keretet állapít meg, a finanszírozó a megállapított keret mértékéig finanszírozza a felhasználást.
- (6) Az OEP az **(1) bekezdés** szerinti gyógyszereket – közvetlenül vagy a gyártó/forgalmazó közreműködésével – természetben is biztosíthatja. Az OEP a természetben biztosított gyógyszerek felhasználása tekintetében is felső korlátot állapíthat meg.
- 44. § (1)** Az R. 8. számú mellékletében szereplő ellátások finanszírozása a költségigényesség függvényében egyedileg történik.
- (2) A még országosan nem elterjedt, az R. 8. számú mellékletében foglalt nagy értékű műtéti eljárások, beavatkozások éves országos keretszámát az OEP – az Egészségügyi Minisztérium egyetértésével – határozza meg. A műtétek, eljárások végzésére az OEP szolgáltatónként keretösszeget állapít meg.
- (3) Az **(1) bekezdés** szerinti ellátásokról a szolgáltató a finanszírozáshoz a 17. számú melléklet szerinti adatokat a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig megküldi a finanszírozónak.
- 44/A. §** Az OEP az 5. számú mellékletben az Összevont szakellátáson belül a rendkívüli kiadásokra rendelkezésre álló előirányzat mértékéig finanszírozza

- a) az A(H1N1)v vírus által okozott járvánnyal kapcsolatban felmerülő többlétszolgáltatásokat,
- b) a nem befogadott életmentő, szervpótló kezeléseket (műszív-kezelés),
- c) a korai vetélést megelőző immunglobulin kezeléseket (IVIG kezelés),
- d) az olyan eljárást, amely esetében a befogadási eljárás nem indítható el (kis esetszámban előforduló, a finanszírozásba gazdaságosan be nem fogadható eljárás: speciális hallásjavító BAHA implantátum),
- e) a befogadási eljárás megindításától a finanszírozás jogi feltételeinek megteremtéséig terjedő időben az eljárás tárgyát képező eszközöt (prostata brachyterápia), és
- f) a tételes elszámolású, egyszer-használatos eszközöt befogadott indikáción kívüli indikációban (műszífinchter).

45. § (1) Az előre nem tervezhető, rendkívüli, illetve egyedi eset az OEP főigazgatójának döntése alapján bármely, az ellátásra szakmailag alkalmas szolgáltatónak – az esetre vonatkozó külön szerződés nélkül – finanszírozható. Amennyiben a szolgáltató igazolt többletköltsége az 5 millió forintot meghaladja a nem tervezhető, rendkívüli, illetve az egyedi eset az egészségügyi miniszter egyetértése esetén finanszírozható.

(2) A finanszírozás összegének **(1) bekezdés** szerinti kiegészítésére irányuló igényt – részletes költségkimutatással együtt – a szolgáltató az adott ellátás befejezését követő 60 napon belül nyújthatja be, abban az esetben, amennyiben a betegellátás költsége a finanszírozott HBCs díj ötszörösét meghaladja.

45/A. § A fekvőbeteg-gyógyintézetben a napi ételmezei nyersanyagnorma általános forgalmi adó nélküli összege naponta és betegenként átlagosan legalább öt-százötven forint.

Egyéb ellátások

46. § (1) Az OEP a dialízis ellátások országosan egységes alapidjára jutó forintértéket az éves költségvetési törvényben az e célra rendelkezésre álló keret és az országos teljesítmények alapján havonta állapítja meg a szerződés szerinti kezelőhelyek száma, valamint a működési idő szerinti mértékig. A dializáló eljárásokat és a dializáló eljáráson belüli arányokat az R. 11. számú melléklete tartalmazza.

(2) Ha jogszabály lehetővé teszi a dializáló kezelések kúraszerű ellátásként kerülnek finanszírozásra.

(3) A szolgáltató a 18. számú melléklete szerinti adatokat megküldi a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig a finanszírozónak. Az OEP a díjakat kiszámítja, és a tárgyhónapot követő hónapban az utalványt megküldi a Kincstárnak.

47. § (1) A szervtranszplantációs riadó jelentéséért és a szerv kivételéig történő donorellátásáért, ideértve a műtéti rendelkezésre állást is, egy szerv sikeres kivétele esetén (páros szerv esetén a páros szervért együttesen) 456 000 forint, több szerv sikeres kivétele esetén 600 000 forint díjazás jár. A szolgáltató a díjazás 70%-át köteles a szervkivételben közreműködő személyek díjazására fordítani.

(2) A szervet átültetésre előkészítő munkacsoport tevékenységéért – ha azt transzplantáció követi – az OEP szervenként (páros szerv esetén a páros szervért együttesen) 420 000 forint, máj esetén 900 000 forint és tüdő(k) esetén 135 000 forint díjazást folyósít.

48. § (1) Az érvényes finanszírozási szerződéssel lekötött és finanszírozott körből a legalább egy hónapig tartó rekonstrukció idejére, előzetes bejelentés alapján az intézmény krónikus fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egysége részére a teljesítésből ténylegesen kieső ágyakra legfeljebb három hónapra átmeneti díjazás nyújtható. Ennek mértéke a szünetelő krónikus szakellátási ágyanként 1000 forint/nap. E díjazás a rekonstrukció kezdetének hónapját követő harmadik-ötödik hónapban az egyéb kifizetésekkel egyidejűleg folyósítható az intézménynek. A finanszírozó köteles a folyósítás idején ellenőrzést végezni a szolgáltatónál. Az intézmény a rekonstrukció befejezését köteles 10 napon belül bejelenteni a finanszírozónak.

(2)

49. § Az 5. számú melléklet tartalmazza a gyógyító-megelőző ellátások jogcímei éves előirányzatait ellátási formák szerinti bontásban. Az ellátási formákra külön soron feltüntetett előirányzatok jogcímenként együttesen is kezelhetők.

50. § Az irányított betegellátási rendszerben történő kifizetésekre az irányított betegellátási rendszerrel szóló kormányrendelet rendelkezéseit kell alkalmazni.

50/A-50/D. §

50/E. §

V.
ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK

51. §

52. § (1) E rendelet – a **(2) bekezdés** kivételével – a kihirdetését követő 5. napon lép hatályba, rendelkezéseit 1999. április 1-jétől kell alkalmazni.

(2) A 25. § (3) bekezdése 1999. július 1. napján lép hatályba

(3)

(4)-(10)

(11)

53. § Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 166/2010. (V. 11.) Korm. rendelet 4. §-ával megállapított 37. § (5) bekezdés e) pontja a 2010. március havi teljesítmények elszámolásától alkalmazható.

54. § Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 166/2010. (V. 11.) Korm. rendelet 2. §-ával megállapított 12/A. § szerinti díjat első alka-

lommal a 2010. október havi kifizetéseknél kell utalványozni.

Orbán Viktor s. k.,
miniszterelnök

1. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

2. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

A) VÁLTOZÁSJELENTÉS A BEJELENTKEZETT BIZTOSÍTOTTAK NYILVÁNTARTÁSÁRÓL

Jelentési időszak: 199... év..... hó

Szolgáltató OEP kódja:
Szolgáltató neve:
helység (irányítószámmal):
utca/szám:
Háziorvosi szolgálat kódja:
Háziorvos kódja, neve:

Helyettesítés esetén

Helyettesítő orvos kódja, neve: Helyettesítés kezdete:

Páciensregiszter sorszáma	Biztosított		Társadalombiztosítási Jel	Működés ideje (év, hó, nap)	Változás oka
	neve	születési ideje (év, hó, nap)			

Változás lehetséges okai

- K1 Kijelentkezett – átjelentkezéssel
 - K2 Kijelentkezett – átjelentkezés nélkül
 - K3 Kijelentkezett – meghalt
 - K4 Kijelentkezett – érvényesség megszűnt
 - B5 Bejelentkezett – újonnan
 - B6 Bejelentkezett – átjelentkezéssel
- Tárgyhónapban a rendelőben ellátottak száma: fő,

lakáson ellátottak száma: (orvos által): . fő, (ápoló által): fő
Dátum: év hó nap
.....
szolgáltató (működtető) háziorvos

B)

3. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

Degresszió alkalmazása a teljesítménydíj-fizetés alapjául szolgáló pontszám megállapításánál

A) Háziiorvosi ellátás

Amennyiben a tárgy hónapban készített összesítő jelentés szerinti biztosítottak utáni korcsoportonkénti pontszám összege a 2400 (vegyes praxisnál a 2600) pontot meghaladja, a díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot az alábbi képlet, illetve táblázat alapján kell meghatározni:

$$d = ?(h \cdot x_n)$$

ahol

d = degresszióval korrigált pontszám

h = pontszám határérték

1. felnőtt és gyermek szolgálat esetén 2400

2. vegyes szolgálat esetén 2600

3. degresszió alól mentesített szolgálat esetén a szerződés szerint

4. szakorvosjelölt alkalmazása esetén az 1., illetve 2. pont szerinti határértéknek legfeljebb 1200 ponttal növelt összege

n = TAJ-számmal nyilvántartásba vett biztosítottak korcsoportonkénti pontszám összege.

B) Háziiorvosi ellátás praxisközösségben

A degresszió szerinti korrekció praxisközösség esetén a közösségben levő háziiorvosi szolgálatok és az alkalmazott szakorvosjelöltek számától függően az alábbiak szerint változik:

$$d = ?([(m \cdot x_h) + j] \cdot x_n)$$

ahol

m = háziiorvosi szolgálatok száma

h = A) pont szerint

j = szakorvosjelölt(ek) alkalmazása esetén a szolgálatonkénti munkaidő alapján figyelembe vehető pontszám.

A teljesítményarányos díj kiszámításához a degresszióval korrigált pontszámértéket kell szorozni a 11. § (13) bekezdése szerinti, illetve 14. § (3) bekezdése szerint számított szakképesítési szorzóval.

c) Fogászati ellátás

A korcsoportos degresszió számítása a fogászati alapellátásban 6000 korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám felett:

$$d = ?(6000 \cdot x_n)$$

ahol

d = degresszióval számolt korrigált korcsoportos pontszám

n = területi kötelezettséggel ellátott lakosok számának korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontértéke.

(Kiegészítés a 3. számú melléklethez)

DEGRESSZIÓS TÁBLÁZAT

2400

Pontszám	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	1
2400	2 400,0	2 405,0	2 410,0	2 415,0	2 419,9	2 424,9	2 429,8	2 434,7	2 439,7	2 444,6	0,5
2500	2 449,5	2 454,4	2 459,3	2 464,1	2 469,0	2 473,9	2 478,7	2 483,5	2 488,4	2 493,2	0,5
2600	2 498,0	2 502,8	2 507,6	2 512,4	2 517,1	2 521,9	2 526,7	2 531,4	2 536,1	2 540,9	0,5
2700	2 545,6	2 550,3	2 555,0	2 559,7	2 564,4	2 569,0	2 573,7	2 578,4	2 583,0	2 587,7	0,5
2800	2 592,3	2 596,9	2 601,5	2 606,1	2 610,7	2 615,3	2 619,9	2 624,5	2 629,1	2 633,6	0,5
2900	2 638,2	2 642,7	2 647,3	2 651,8	2 656,3	2 660,8	2 665,3	2 669,8	2 674,3	2 678,8	0,5
3000	2 683,3	2 687,7	2 692,2	2 696,7	2 701,1	2 705,5	2 710,0	2 714,4	2 718,8	2 723,2	0,4
3100	2 727,6	2 732,0	2 736,4	2 740,8	2 745,2	2 749,5	2 753,9	2 758,3	2 762,6	2 766,9	0,4
3200	2 771,3	2 775,6	2 779,9	2 784,2	2 788,5	2 792,8	2 797,1	2 801,4	2 805,7	2 810,0	0,4
3300	2 814,2	2 818,5	2 822,8	2 827,0	2 831,3	2 835,5	2 839,7	2 843,9	2 848,2	2 852,4	0,4
3400	2 856,6	2 860,8	2 865,0	2 869,1	2 873,3	2 877,5	2 881,7	2 885,8	2 890,0	2 894,1	0,4
3500	2 898,3	2 902,4	2 906,5	2 910,7	2 914,8	2 918,9	2 923,0	2 927,1	2 931,2	2 935,3	0,4
3600	2 939,4	2 943,5	2 947,5	2 951,6	2 955,7	2 959,7	2 963,8	2 967,8	2 971,9	2 975,9	0,4
3700	2 979,9	2 984,0	2 988,0	2 992,0	2 996,0	3 000,0	3 004,0	3 008,0	3 012,0	3 016,0	0,4
3800	3 019,9	3 023,9	3 027,9	3 031,8	3 035,8	3 039,7	3 043,7	3 047,6	3 051,6	3 055,5	0,4
3900	3 059,4	3 063,3	3 067,2	3 071,2	3 075,1	3 079,0	3 082,9	3 086,7	3 090,6	3 094,5	0,4
4000	3 098,4	3 102,3	3 106,1	3 110,0	3 113,8	3 117,7	3 121,5	3 125,4	3 129,2	3 133,0	0,4
4100	3 136,9	3 140,7	3 144,5	3 148,3	3 152,1	3 155,9	3 159,7	3 163,5	3 167,3	3 171,1	0,4
4200	3 174,9	3 178,7	3 182,5	3 186,2	3 190,0	3 193,7	3 197,5	3 201,2	3 205,0	3 208,7	0,4
4300	3 212,5	3 216,2	3 219,9	3 223,7	3 227,4	3 231,1	3 234,8	3 238,5	3 242,2	3 245,9	0,4
4400	3 249,6	3 253,3	3 257,0	3 260,7	3 264,4	3 268,0	3 271,7	3 275,4	3 279,0	3 282,7	0,4
4500	3 286,3	3 290,0	3 293,6	3 297,3	3 300,9	3 304,5	3 308,2	3 311,8	3 315,4	3 319,0	0,4
4600	3 322,6	3 326,3	3 329,9	3 333,5	3 337,1	3 340,7	3 344,2	3 347,8	3 351,4	3 355,0	0,4
4700	3 358,6	3 362,1	3 365,7	3 369,3	3 372,8	3 376,4	3 379,9	3 383,5	3 387,0	3 390,6	0,4
4800	3 394,1	3 397,6	3 401,2	3 404,7	3 408,2	3 411,7	3 415,3	3 418,8	3 422,3	3 425,8	0,4
4900	3 429,3	3 432,8	3 436,3	3 439,8	3 443,3	3 446,7	3 450,2	3 453,7	3 457,2	3 460,6	0,3
5000	3 464,1	3 467,6	3 471,0	3 474,5	3 477,9	3 481,4	3 484,8	3 488,3	3 491,7	3 495,1	0,3
5100	3 498,6	3 502,0	3 505,4	3 508,8	3 512,3	3 515,7	3 519,1	3 522,5	3 525,9	3 529,3	0,3
5200	3 532,7	3 536,1	3 539,5	3 542,9	3 546,3	3 549,6	3 553,0	3 556,4	3 559,8	3 563,1	0,3

5300	3 566,5	3 569,9	3 573,2	3 576,6	3 579,9	3 583,3	3 586,6	3 590,0	3 593,3	3 596,7	0,3
5400	3 600,0	3 603,3	3 606,7	3 610,0	3 613,3	3 616,6	3 619,9	3 623,3	3 626,6	3 629,9	0,3

(Kiegészítés a 3. számú melléklethez)

DEGRESSZIÓS TÁBLÁZAT

6000

Pontszám	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	1
6000	6 000,0	6 005,0	6 010,0	6 015,0	6 020,0	6 024,9	6 029,9	6 034,9	6 039,9	6 044,8	0,5
6100	6 049,8	6 054,8	6 059,7	6 064,7	6 069,6	6 074,5	6 079,5	6 084,4	6 089,3	6 094,3	0,5
6200	6 099,2	6 104,1	6 109,0	6 113,9	6 118,8	6 123,7	6 128,6	6 133,5	6 138,4	6 143,3	0,5
6300	6 148,2	6 153,0	6 157,9	6 162,8	6 167,7	6 172,5	6 177,4	6 182,2	6 187,1	6 191,9	0,5
6400	6 196,8	6 201,6	6 206,4	6 211,3	6 216,1	6 220,9	6 225,8	6 230,6	6 235,4	6 240,2	0,5
6500	6 245,0	6 249,8	6 254,6	6 259,4	6 264,2	6 269,0	6 273,8	6 278,5	6 283,3	6 288,1	0,5
6600	6 292,9	6 297,6	6 302,4	6 307,1	6 311,9	6 316,6	6 321,4	6 326,1	6 330,9	6 335,6	0,5
6700	6 340,3	6 345,1	6 349,8	6 354,5	6 359,2	6 364,0	6 368,7	6 373,4	6 378,1	6 382,8	0,5
6800	6 387,5	6 392,2	6 396,9	6 401,6	6 406,2	6 410,9	6 415,6	6 420,3	6 425,0	6 429,6	0,5
6900	6 434,3	6 438,9	6 443,6	6 448,3	6 452,9	6 457,6	6 462,2	6 466,8	6 471,5	6 476,1	0,5
7000	6 480,7	6 485,4	6 490,0	6 494,6	6 499,2	6 503,8	6 508,5	6 513,1	6 517,7	6 522,3	0,5
7100	6 526,9	6 531,5	6 536,1	6 540,6	6 545,2	6 549,8	6 554,4	6 559,0	6 563,5	6 568,1	0,5
7200	6 572,7	6 577,2	6 581,8	6 586,3	6 590,9	6 595,5	6 600,0	6 604,5	6 609,1	6 613,6	0,5
7300	6 618,2	6 622,7	6 627,2	6 631,7	6 636,3	6 640,8	6 645,3	6 649,8	6 654,3	6 658,8	0,5
7400	6 663,3	6 667,8	6 672,3	6 676,8	6 681,3	6 685,8	6 690,3	6 694,8	6 699,3	6 703,7	0,5
7500	6 708,2	6 712,7	6 717,1	6 721,6	6 726,1	6 730,5	6 735,0	6 739,4	6 743,9	6 748,3	0,4
7600	6 752,8	6 757,2	6 761,7	6 766,1	6 770,5	6 775,0	6 779,4	6 783,8	6 788,2	6 792,6	0,4
7700	6 797,1	6 801,5	6 805,9	6 810,3	6 814,7	6 819,1	6 823,5	6 827,9	6 832,3	6 836,7	0,4
7800	6 841,1	6 845,4	6 849,8	6 854,2	6 858,6	6 862,9	6 867,3	6 871,7	6 876,0	6 880,4	0,4
7900	6 884,8	6 889,1	6 893,5	6 897,8	6 902,2	6 906,5	6 910,9	6 915,2	6 919,5	6 923,9	0,4
8000	6 928,2	6 932,5	6 936,9	6 941,2	6 945,5	6 949,8	6 954,1	6 958,4	6 962,8	6 967,1	0,4
8100	6 971,4	6 975,7	6 980,0	6 984,3	6 988,6	6 992,9	6 997,1	7 001,4	7 005,7	7 010,0	0,4
8200	7 014,3	7 018,5	7 022,8	7 027,1	7 031,4	7 035,6	7 039,9	7 044,1	7 048,4	7 052,7	0,4
8300	7 056,9	7 061,2	7 065,4	7 069,7	7 073,9	7 078,1	7 082,4	7 086,6	7 090,8	7 095,1	0,4
8400	7 099,3	7 103,5	7 107,7	7 112,0	7 116,2	7 120,4	7 124,6	7 128,8	7 133,0	7 137,2	0,4
8500	7 141,4	7 145,6	7 149,8	7 154,0	7 158,2	7 162,4	7 166,6	7 170,8	7 175,0	7 179,1	0,4
8600	7 183,3	7 187,5	7 191,7	7 195,8	7 200,0	7 204,2	7 208,3	7 212,5	7 216,6	7 220,8	0,4
8700	7 225,0	7 229,1	7 233,3	7 237,4	7 241,5	7 245,7	7 249,8	7 254,0	7 258,1	7 262,2	0,4
8800	7 266,4	7 270,5	7 274,6	7 278,7	7 282,9	7 287,0	7 291,1	7 295,2	7 299,3	7 303,4	0,4
8900	7 307,5	7 311,6	7 315,7	7 319,8	7 323,9	7 328,0	7 332,1	7 336,2	7 340,3	7 344,4	0,4

DEGRESSZIÓS TÁBLÁZAT

Pontszám	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	1
2600	2600,0	2605,0	2610,0	2615,0	2619,9	2624,9	2629,8	2634,8	2639,7	2644,6	0,5
2700	2649,5	2654,4	2659,3	2664,2	2669,1	2673,9	2678,8	2683,7	2688,5	2693,3	0,5
2800	2698,1	2703,0	2707,8	2712,6	2717,4	2722,1	2726,9	2731,7	2736,4	2741,2	0,5
2900	2745,9	2750,6	2755,4	2760,1	2764,8	2769,5	2774,2	2778,8	2783,5	2788,2	0,5
3000	2792,8	2797,5	2802,1	2806,8	2811,4	2816,0	2820,6	2825,2	2829,8	2834,4	0,5
3100	2839,0	2843,6	2848,2	2852,7	2857,3	2861,8	2866,4	2870,9	2875,4	2879,9	0,5
3200	2884,4	2888,9	2893,4	2897,9	2902,4	2906,9	2911,4	2915,8	2920,3	2924,7	0,4
3300	2929,2	2933,6	2938,0	2942,4	2946,9	2951,3	2955,7	2960,1	2964,5	2968,8	0,4
3400	2973,2	2977,6	2981,9	2986,3	2990,7	2995,0	2999,3	3003,7	3008,0	3012,3	0,4
3500	3016,6	3020,9	3025,2	3029,5	3033,8	3038,1	3042,4	3046,6	3050,9	3055,2	0,4
3600	3059,4	3063,7	3067,9	3072,1	3076,4	3080,6	3084,8	3089,0	3093,2	3097,4	0,4
3700	3101,6	3105,8	3110,0	3114,2	3118,3	3122,5	3126,7	3130,8	3135,0	3139,1	0,4
3800	3143,2	3147,4	3151,5	3155,6	3159,7	3163,9	3168,0	3172,1	3176,2	3180,3	0,4
3900	3184,3	3188,4	3192,5	3196,6	3200,6	3204,7	3208,7	3212,8	3216,8	3220,9	0,4
4000	3224,9	3228,9	3233,0	3237,0	3241,0	3245,0	3249,0	3253,0	3257,0	3261,0	0,4
4100	3265,0	3268,9	3272,9	3276,9	3280,9	3284,8	3288,8	3292,7	3296,7	3300,6	0,4
4200	3304,5	3308,5	3312,4	3316,3	3320,2	3324,2	3328,1	3332,0	3335,9	3339,8	0,4
4300	3343,7	3347,5	3351,4	3355,3	3359,2	3363,0	3366,9	3370,8	3374,6	3378,5	0,4
4400	3382,3	3386,1	3390,0	3393,8	3397,6	3401,5	3405,3	3409,1	3412,9	3416,7	0,4
4500	3420,5	3424,3	3428,1	3431,9	3435,7	3439,5	3443,3	3447,0	3450,8	3454,6	0,4
4600	3458,3	3462,1	3465,8	3469,6	3473,3	3477,1	3480,8	3484,5	3488,3	3492,0	0,4
4700	3495,7	3499,4	3503,1	3506,9	3510,6	3514,3	3518,0	3521,6	3525,3	3529,0	0,4
4800	3532,7	3536,4	3540,1	3543,7	3547,4	3551,1	3554,7	3558,4	3562,0	3565,7	0,4
4900	3569,3	3573,0	3576,6	3580,2	3583,9	3587,5	3591,1	3594,7	3598,3	3601,9	0,4
5000	3605,6	3609,2	3612,8	3616,4	3619,9	3623,5	3627,1	3630,7	3634,3	3637,9	0,4
5100	3641,4	3645,0	3648,6	3652,1	3655,7	3659,2	3662,8	3666,3	3669,9	3673,4	0,4
5200	3677,0	3680,5	3684,0	3687,5	3691,1	3694,6	3698,1	3701,6	3705,1	3708,6	0,4
5300	3712,1	3715,6	3719,1	3722,6	3726,1	3729,6	3733,1	3736,6	3740,1	3743,5	0,3
5400	3747,0	3750,5	3753,9	3757,4	3760,9	3764,3	3767,8	3771,2	3774,7	3778,1	0,3
5500	3781,5	3785,0	3788,4	3791,8	3795,3	3798,7	3802,1	3805,5	3808,9	3812,3	0,3
5600	3815,8	3819,2	3822,6	3826,0	3829,4	3832,8	3836,1	3839,5	3842,9	3846,3	0,3
5700	3849,7	3853,1	3856,4	3859,8	3863,2	3866,5	3869,9	3873,2	3876,6	3879,9	0,3
5800	3883,3	3886,6	3890,0	3893,3	3896,7	3900,0	3903,3	3906,7	3910,0	3913,3	0,3
5900	3916,6	3919,9	3923,3	3926,6	3929,9	3933,2	3936,5	3939,8	3943,1	3946,4	0,3"

4. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

NEM BEJELENTKEZETT BIZTOSÍTOTTAK ELLÁTÁSÁNAK NYILVÁNTARTÁSI ADATAI

Jelentési időszak: 199... év negyedév

**6/A. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm.
rendelethez**

Ambuláns adatlap

Megnevezés	2010. évi módosít- ott előírány- zat
2. Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen	17 965,2
3. Fogászati ellátás	22 264,4
Gondozóintézeti gondozás	394,8
Nemibeteg gondozás	1 585,0
Tüdőgondozás	796,1
Pszichiátriai gondozás	384,0
Onkológiai gondozás	253,7
Alkohológia és drogellátás	
4. Gondozóintézeti gondozás összesen	3 413,6
5. Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	5 780,2
8. Művesekezelés	22 932,2
10. Otthoni szakápolás	3 778,1
12. Működési költségelőleg	1 000,0
Célelőirányzatok	10,0
Bázisfinanszírozott fekvőbeteg szakellátás	39,2
Méltányossági alapon történő térítések	276,7
Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj	11 200,0
Eseti kereset-kiegészítés fedezete	
13. Célelőirányzatok összesen	11 525,9
14. Mentés	22 469,0
15. Laboratóriumi ellátás	20 538,9
Összevont szakellátás	113 774,9
Járóbeteg szakellátás + CT, MRI	399 403,3
Fekvőbeteg szakellátás	343 307,9
- aktív fekvőbeteg szakellátás	55 147,4
- krónikus fekvőbeteg szakellátás	948,0
- bázis finanszírozású szakellátás (IRM BVOP)	17,7
610,0	
Extrafinanszírozás	31 852,8
Rendkívüli kiadások	
Speciális finanszírozású fekvőbeteg	
16. Összevont szakellátás összesen	545 658,7
21. Gyógyító-megelőző ellátás céltartalék	2 390,0
Összesen	757 632,1

1. Javítás:	2. Eredeti dátum:									
3. Eredeti szakrendelő:										4. Eredeti naplósorszám:

5. Naplósorszám:										6. Rendelő neve:									
7. Rendelő azonosítója:										8. Beküldő munkahely neve*:									
9/a. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója:										10. Térítési kategória: Részleges térítési díj:									
9/b. Beutaló orvos kódja:																			
9/c. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat:																			
9/d. Beutaló kelte:																			
11. Ellátást végző orvos kódja:										12. Érvényes biztosítás országa vagy a páciens állampolgársága:									
13. Személyazonosító jel:										14. Személyazonosító típusa:									
15. Beteg neve:										16. Születési dátum:									
17. Anyja neve**:																			
18. A beteg leánykori neve**:																			
19. Lakcím**:																			
20. Kezelés ideje:										21. Beteg neme:									
										22. Ellátás típusa:									
23. Továbbküldés:										24. Baleset minősítése**:									
										25. E-adatlap kitöltés									
26. DIAGNÓZISOK**										Kód									
- 1																			
- 2																			
- 3																			
- 4																			
- 5																			
27. BEAVATKOZÁSOK										Kód									
- 1										Me									
- 2																			

- 3									
- 4									
- 5									
- 6									
27/a. Beavatkozások jellege									
28. Laboratóriumi vizsgálat kérés:									
29. Képpalkotó vizsgálat kérés*:				30. CT-MRI-PET vizsgálat kérés*:					
31. Fizioterápiás ellátásra utalás*:				32. Útiköltség*:					
33. Keresőképesség elbírálása*:				34. Felírt gyógyászati segédeszköz vények száma**:					
35. Felírt vények száma**:				36. Felírt gyógyászati ellátás (gyógyfürdő) vények száma**:					
37. Elszámolási Nyilatkozat									

38.			
39.			

* Kitöltése nem kötelező

** Laboratóriumi munkahelynél kitöltése nem kötelező

Dátum: év hó nap

.....**az ellátásért felelős orvospecsétszám**

Kitöltési útmutató

1. Javítás

0 = új rekord

1 = javító rekord az intézet kezdeményezésére

2 = javító rekord az Egészségbiztosító felhívására

2. Eredeti dátum

Javítás során a javítandó rekord eredeti ellátási dátuma

3. Eredeti szakrendelő

Javítás során a javítandó rekord eredeti szakrendelő kódja

4. Eredeti naplósorszám

Javítás során a javítandó rekord eredeti naplósorszám

5. Naplósorszám

A beteg naplósorszám (első 2 jegy kötetszám, 6 jegy köteten belüli sorszám)

6. Rendelő neve

Az ellátást végző rendelő neve. Elektronikusan nem továbbítandó

7. Rendelő azonosítója

Az ellátást végző rendelő azonosítója

8. Beküldő munkahely neve

Elektronikusan nem továbbítandó

9/a. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója

A beutaló orvos munkahelyének azonosítására szolgáló 9 jegyű kód. Finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a szerződés szerinti szervezeti egység azonosító kódja, nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a működési engedély szerinti szervezeti egységkód, a REP ellenőrző orvosainak beutalása esetén 999999991, az orvos saját maga, vagy közeli hozzátartozója beutalása esetén 999999992.

9/b. Beutaló orvos kódja

A beutaló orvos 5 jegyű orvosi bélyegző száma

9/c. Ellátást igazoló adat

A beutalást megalapozó ellátás nyilvántartására szolgáló betegforgalmi napló sorszám, fekvőbeteg gyógyintézet orvosának beutalása esetén a beteg törzsszáma. Egyéb, nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a beutalás napi dátuma, vezető nullával.

10. Térítési kategória

1 = magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás

2 = magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása

3 = államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás

4 = egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása

5 = magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása

6 = fekvő beteg részére végzett ellátás

9 = külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása

A = befogadott külföldi állampolgár

D = menekült, menedékes státuszt kérelmező

E = elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Községi szabály alapján történő ellátás

F = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének 1) pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozást is tartalmazó ellátása

G = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének 1) pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozása miatt bekövetkezett szövődmény ellátása

K = külföldi donor ellátása

M = magyar biztosítás alapján méltányosságból átvállalt térítés ellenében végzett ellátás

R = magyar biztosítás alapján részleges térítés ellenében végzett ellátás, a részleges térítési díj összegének feltüntetése.

S = A Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

11. Ellátást végző orvos kódja

Az orvos 5 jegyű pecsénnyomójának száma

12. Érvényes biztosítás országa vagy a beteg állampolgársága

Elsődlegesen, ha a beteg érvényes egészségbiztosítással rendelkezik, az egészségbiztosítási rendszert fenntartó állam kódját, egyébként a beteg állampolgárságának kódját kell megadni

13. Személyazonosító jel

Lásd a kitöltési útmutatót

14. Személyazonosító típusa

0 = a személyazonosító jel nincs kitöltve

1 = TAJ szám

2 = 6 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma

3 = útlevekszám

4

5 = menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma

6 = ismeretlen TAJ számú elhunyt személy, illetve ismeretlen beteg

15. A beteg neve

Elektronikusan nem továbbítandó

16. Születési dátuma

A beteg születési dátuma évszázaddal együtt

17. Anyja neve

A beteg anyjának a nevét kell megadni. Elektronikusan nem továbbítandó

18. A beteg leánykori neve

A beteg leánykori nevét kell megadni. Elektronikusan nem továbbítandó

19. Lakcím

Az ellátott lakcíme (irányítószám, város/község, utca, házszám), amennyiben a dokumentált lakcímtől eltér a tartózkodási hely, akkor bemondás alapján az utóbbit kell figyelembe venni

20. Kezelés ideje

A kezelés dátuma. Az óra és perc mezők kitöltése csak sürgősségi ellátás során kötelező

21. A beteg neme

1 = férfi

2 = nő

Amennyiben nem állapítható meg, akkor a vizsgálatkori, vagy a nyilvántartott, vagy a születéskori neme adandó meg.

22. Az ellátás típusa

1 = első szakellátás az adott betegséggel kapcsolatban

2 = visszarendelés

3 = szakorvosi konzílium

4 = elsősegélynyújtás

5 = tartósan gondozott beteg kontroll vizsgálata

6 = szűrés

7 = gondozásba vétel

8 = gondozott beteg ellátása

9 – nappali ellátás.

23. Továbbküldés

- 0 = továbbküldés nem történt
1 = más járóbeteg-szakrendelésre küldve

2 = házi orvosi szolgálathoz irányítva

3 = a beküldő házi orvoshoz irányítva

4 = meghalt

5 = saját szakorvosi rendelésre visszarendelve

6 = a beküldő szakrendeléshez visszairányítva

- 7 = fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalva

8 = házi szakápolásra utalva

24. Baleset minősítése

- 00 = nem baleset, nem foglalkozási betegség
11 = munkahelyi baleset munkahely területén és/vagy munkavégzés közben
16 = ellátást nyújtó egészségügyi intézményben történt baleset
20 = foglalkozási megbetegedés miatti egészségügyi ellátás
21 = közúti baleset KRESZ hatálya alá tartozó gépjárművel
22 = közúti baleset tömegközlekedési eszközön

31 = háztartási baleset

- 32 = sportbaleset
34 = állat okozta baleset
40 = közterületen történt baleset

41 = baleset feltételezhető, de a körülményei nem ismertek

- 42 = idegenkezűség következtében létrejött baleset
43 = fentiekbe be nem sorolható egyéb baleset

25. E-adatlap kitöltés

- 0 = nincs kitöltve
1 = kitöltve (E térítési kategóriánál kitöltése kötelező)

26. Diagnózisok

Betegség kódolása BNO 10 szerint

27. Beavatkozások

Beavatkozások kódolása OENO kód szerint
Mennyiség (Me)
A végzett beavatkozás mennyisége
27/a. Beavatkozások jellege (J)

A. akut beavatkozás

V. választott időpontban végzett beavatkozás

C. magyar biztosítással rendelkező beteg részére orvosbiológiai kutatás során, vagy a kutatás során fellépett szövődmény miatt szükséges akut beavatkozás

D. magyar biztosítással rendelkező beteg részére orvosbiológiai kutatás során, vagy a kutatás során fellépett szövődmény miatt szükséges, választott időpontban végzett beavatkozás

K. kúraszerű ellátás keretében végzett beavatkozás.

28. Laborvizsgálat kérés (kitöltése kötelező)

- 0 = nem történt laboratóriumi vizsgálatkérés
1 = labor (haematológia vércsoport) és kémiai vizsgálatok

2 = szerológia

3 = labor (haematológia vércsoport) és kémiai vizsgálatok és szerológia együtt (1+2)

4 = tenyésztési mikrobiológiai vizsgálat**5 = tenyésztés és rezisztencia vizsgálat**

- 6 = izotóp laborvizsgálat (in vitro)
7 = izotóp laborvizsgálat (in vivo)

8 = vizsgálat kérés vérellátótól**9 = egyéb speciális laborvizsgálat****29. Képkalkotó vizsgálat kérés**

0 = nem történt vizsgálat

1 = csak mellkas röntgen vizsgálat**2 = egyéb natív röntgen vizsgálat**

3 = kontrasztanyagot röntgen vizsgálat (kivéve angiográfia)

4 = angiográfia

5 = többféle natív és/vagy kontrasztanyagot röntgen vizsgálat (kivéve angiográfia)

6 = angiográfia és egyéb képalkotó vizsgálat együtt

7 = ultrahang

8 = izotóp

9 = egyéb képalkotó vizsgálat

30. CT-MRI-PET vizsgálat kérés

0 = nem történt

1 = CT vizsgálat kérés

2 = MRI vizsgálat kérés

3 = PET vizsgálat kérés

4 = CT-MRI-PET vizsgálat kombinációja

31. Fizioterápiás vizsgálat kérés

0 = nem történt

1 = száraz egyéni terápia

2 = száraz csoportos terápia

3 = nedves egyéni terápia

4 = nedves csoportos terápia

5 = száraz és nedves együttes terápia

6 = elektroterápia

7 = nedves és elektromos terápia együtt

8 = fény- és klímaterápia együtt

32. Útiköltség-térítési igény

0 = útiköltség-térítéssel kapcsolatos esemény nem történt

1 = az útiköltség-térítés indokoltságát a rendelés igazolta

2 = szakorvosi rendelés útiköltség utalványt állított ki

3 = betegszállítási rendelése

33. Keresőképesség elbírálása

0 = keresőképesség elbírálása nem történt

1 = keresőképesség megállapítása korábban keresőképesség személynél

2 = keresőképességen személy kontrollja és további keresőképesség megállapítása

3 = keresőképességen személy kontrollja és újbóli keresőképesség megállapítása

4 = keresőképesség lezárása halál miatt

5 = keresőképesség lezárása egyéb ok miatt

34. Felírt gyógyászati segédeszköz vények száma (kitöltése kötelező)

A felírt gyógyászati ellátási vények számát kell megadni

35. Felírt vények száma (kitöltése kötelező)

A felírt vények darabszámát kell megadni a gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás (gyógyfürdő) felírás kivételével

36. Felírt gyógyászati ellátás (gyógyfürdő)

vények száma (kitöltése kötelező)

A felírt gyógyászati ellátás vények számát kell megadni

37. Elszámolási nyilatkozat

10 = az elszámolási nyilatkozat átadása megtörtént

20 = az elszámolási nyilatkozat átadása nem történt meg

50 = a biztosított Vhr. 25/A. §-ának (4)-(5) bekezdése szerinti ellátása nem fejeződött be (összetartozó kezelési sorozat nem utolsó eseménye)

60 = a Vhr. 25/A. §-ának (6) bekezdés alapján az elszámolási nyilatkozatot nem kell kiállítani.

38.

39.

6/B. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

Ellátó orvos bélyegzőszáma aláírása		Fogorvosi ambuláns napló													
Napló sor-szám	Dátum Ke-zelés idő-pontja	Küldő szolgálati egységkódja	Beutaló orvos pecsét-száma	Beutalást meg-alapo-zó ellát-ást igaz-oló irat	Beteg ne-ve Társada-lombiz- tosítási Azonosító Jele	Állampolgárság Azonosító jel típusa	Születés- év, hó, nap La- kás	A ke- zeltfog- jelzése Fog- felszín jelzése	Diagnózi- ka- te- gó- ria	Térítési té- ri- té- si díj	Részleges Elszámolási nyilat- kozat	Vizidíj	Vizidíj fi- ze- tésének módja	Fogorvosi beavat- zások kódja Mennyisége	Táppénz- vé- tel szak- or- vo- si in- do- ka	Keresőkép- telenség (kezdeté vége) dátuma	Meg- jegy- zés
<p><i>Térítési kategóriák:</i> 01. Biztosított járóbeteg. 02. Menekült járóbeteg. 03. Államközi szerződés alapján, sürgős szükség esetén ellátott járóbeteg. 04 = Egyéb, ma- gyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítés- köteles ellátása. 05. Magyar biztosítással nem rendelkező menedékes. 06. Fekvőbeteg részére végzett vizsgálatok. 7. Biztosított térítésmentesen vagy részleges térí- tés ellenében ellátott járóbeteg, amelynek jogcímei szerinti betűjelek: 7G = gyermek, 7I = időszerű 60 év feletti, 7R = rokkant nyugdíjas, 7S = sürgősségi ellátás, 7T = terhes anya, 7K = közgyógyellátott, 7U = üzemi balesetes irandók be. 7B. Egyéb alapterülettel kapcsolatos fog- és szájbetegségek kezelése. 08. Biztosított ellátására egy éven belüli közúti baleset sérülése következményeként került sor. Költségvetésből támogatott ellátás. 0A. Befogadott külföldi ál- lampolgár. 0D. Menekült, menedékes státuszt kérelmező. 0E. Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján törté-</p>																	

nő ellátás. OF. Orvostudományi kutatásokkal, gyógyszerek, vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatával összefüggő beavatkozások. S= A Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása.
Elszámolási Nyilatkozat
10= az elszámolási nyilatkozat átadása megtörtént
20= az elszámolási nyilatkozat átadása nem történt meg
50 = a biztosított Vhr. 25/A. §-ának (4)-(5) bekezdése szerinti ellátása nem fejeződött be (összetartozó kezelési sorozat nem utolsó eseménye)
60 = a Vhr. 25/A. §-ának (6) bekezdés alapján az elszámolási nyilatkozatot nem kell kiállítani.
Vizitdíj:
01 = az ellátásért alapösszegű vizitdíj fizetés történt
02 = az ellátásért emelt összegű vizitdíj fizetés történt
03 = vizitdíj fizetés alóli mentesség 18 év alatti biztosított ellátása okán
04 = vizitdíj fizetés alóli mentesség egyéb jogszabályi feltételek alapján
05 = az ellátásért vizitdíj fizetés nem történt
06 = vizitdíj fizetés alóli mentesség az egészségügyi szolgáltató döntése alapján

Szolgáltató OEP kódja:

Szolgáltató neve:

.....

Havi jelentés a fogászati rendelés teljesítményeiről*A rekord felépítése*

(egy rekord egy tevékenységkódot tartalmaz)

Megnevezés

1 elszámolt időszak (év, hó)

2 szolgálati egység kódja

3 kezelést végző orvos pecsét száma

4 naplósorszám

5 kezelés dátuma (év, hó, nap)

6 kezelés időpontja (óra, perc)

7 küldő szolgálati egység kódja

8 beutaló orvos pecsét száma

9 beutalást megalapozó ellátást igazoló adat

10 kezelt személy azonosító száma

11 személyazonosító típusa

12 érvényes biztosítás országának vagy a páciens állampolgárságának kódja

13 kezelt születési ideje (év, hó, nap)

14 kezelt neme

15 kezelt fog jelölése

16 kezelt fogfelszín jelölése

17 BNO kód (diagnózis)

18 tevékenységkód (beavatkozás kód)

19 térítési kategória

20 részleges térítési díj

21 elszámolási nyilatkozat

22.

23.

24 táppénzbevetel szakorvosi indokkal (kód)

25 keresőképtelenség (kezdeté-vége) dátuma

26 az OEP hibaszűrése miatt kizárt hiba kódja

A file nevét az alábbi szabályok szerint kell képezni:

1 „F”

2-5 „a működtető négyjegyű OEP kódja”

6-7 „a hónap sorszáma”

Dátum: év hó nap

.....
az ellátásért felelős orvos azonosítója és aláírása**7. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez****A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának minősítési szempontjai****1. Aktív ellátás**

A finanszírozás módja szerint aktív ellátásnak minősül az az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása. Az aktív ellátás időtartama, illetve befejezése többnyire tervezhető, és az esetek többségében rövid időtartamú.

2. Krónikus ellátás

A finanszírozás módja szerint krónikus ellátásnak minősül az, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú.

3. Mátrix kórházi ellátás

A betegellátás az aktív fekvőbeteg-szakellátó intézetben klinikai stílusú és műtétes egységekben történik az ÁNTSZ engedélye szerint. A kórház ezen belül nem különül el osztálystruktúrákra, hanem a mindenkori ellátási igény szerint végzi az ellátást.

8. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez**Krónikus ellátások**

Kódja	Megnevezése	Szorzója
00001	Ápolási tevékenység	1,0
00015	Krónikus ellátás	1,2
00019	Rehabilitációs ellátás*	„A” minősítésű**
00020		„B” minősítésű**
00021		Minősítés nélküli
00017	Központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak rehabilitációs ellátása	3,6
00022	Pályázati úton befogadott hospice ellátás	1,7

* A nappali kórházi ellátás esetében a fekvőbeteg-ellátást nyújtó háttérosztály minősítése szerinti szakmai szorzó alkalmazható.

** A 37. § (4) bekezdésében foglalt rendelkezés szerinti minősítés.

8/A. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

A rehabilitációs minősítési kritériumok

Feltétel	„A” minősítésű rehabilitáció kritériumai	„B” minősítésű rehabilitáció kritériumai	Minősítés nélküli rehabilitáció „C” kritériumai
1. Osztályvezető	az osztályt legalább 5 éves, igazolt rehabilitációs szakmai gyakorlattal rendelkező rehabilitációs szakorvos vezeti	az osztályt rehabilitációs szakorvos vezeti	az osztály vezetője nem szükséges, hogy rehabilitációs szakorvos legyen
2. Rehabilitációs szakorvos létszám (beleértve a törzképzését már teljesített, illetve a ráépített képzésben résztvevő szakorvosjelöltet*)	1 FTE** vagy több/50 ágy	0,75 vagy több, de kevesebb, mint 1 FTE**/50 ágy	kevesebb, mint 0,75 FTE**/50 ágy
3. Orvos létszám összesen (beleértve az 1. és a 2. pontban megnevezett)	20 ágyig 1 FTE**	25 ágyig 1 FTE**	30 ágyig 1 FTE**
4/A. Összes, az adott osztály rehabilitációs profiljának megfelelő rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó***	minden osztályon további 30 ágyanként 1 FTE**		
4/B. Összes, az adott osztály rehabilitációs profiljának megfelelő rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy	> 1 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy	0,6-1 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy	< 0,6 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy
4/B. Mozgásszervi, neurológiai, illetve stroke rehabilitáció esetén a 4/A. pontban megnevezett összes szakdolgozó közül a gyógytornászok létszáma	> 0,6 gyógytornász/5 ágy	0,4-0,6 gyógytornász/5 ágy	< 0,4 gyógytornász/5 ágy
5. Átlagos ápolási idő	18 napnál több	16-18 nap	11-15nap
6. Éves halálozás	5% alatt		

* A rehabilitációs szakorvosjelöltek 0,5 FTE-ként számolhatók be.

** FTE = teljes 40 órás munkaidőre számított heti munkaidő aránya.

*** 4/A. pont szerinti szakdolgozónak minősül: dietetikus, egészségnevelő, ergoterapeuta, gyógytestnevelő, gyógytornász, humánkineziológus, konduktor, logopédus, mentáihigiénikus, pszichológus, szociális munkás, szociálpedagógus, szomatopedagógus, egyéb

gyógypedagógus, fizioterápiás szakasszisztens, kardiológiai szakasszisztens a kardiológiai és légzés rehabilitáció esetében, diabetológiai szakasszisztens a belgyógyászati és gastroenterológiai rehabilitáció esetében, stomaterápiás nővér a gastroenterológiai rehabilitáció esetében.

Az egyes rehabilitációs osztályoknak a fenti feltételek teljesítése alapján történő minősítése a következők szerint alakul:

Fel-tétel \ minősítés \	1. Osztály-vezető	2. Reha-bilitációs szakorvos létszám	3. Orvos lét-szám össze-sen	4/A. + 4/B. Összes szakdolgozó létszám	5. Átlagos ápolási idő	6. Éves halá-lozás
A	A	A	A	A	A,B	A
A	A	A	A	B	A	A
A	A	B	A	A	A	A
B	A,B	A	A,B	A	A,B	B
B	A,B	A	A,B	B	A	B
B	A,B	B	A,B	A	A	B
B	A,B	A	B	A	A,B	A,B
B	A,B	A	B	B	A	A,B
B	A,B	B	B	A	A	A,B
B	B	A	A,B	A	A,B	A,B
B	B	A	A,B	B	A	A,B
B	B	B	A,B	A	A	A,B
B	A,B	A	A,B	A	C	A,B
B	A,B	A	A,B	B	B,C	A,B
B	A,B	B	A,B	A	B,C	A,B
B	A,B	B	A,B	B	A,B	A,B
B	A,B	A	A,B	C	A,B	A,B
B	A,B	C	A,B	A	A,B	A,B

Megjegyzés:

Amennyiben a rehabilitációs osztály a fentiek szerinti „A” vagy „B” minősítésnek nem felel meg, a Minősítés nélküli rehabilitációba sorolandó.

A halálozás és az átlagos ápolási idő tekintetében az október 1. és szeptember 30. közötti időszak tekintendő a finanszírozási év adatának.

9. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet hez

Szolgáltató OEP kódja: Elrendelő lap sorszáma:

SZAKÁPOLÁSI ELRENDELŐ LAP

Otthoni szakápolást végző szolgáltató neve:		címe:	
A beteg neve: azonosító jele:	lakóhelye:	telefonszáma:	Társadalombiztosítási születési adatai: év hó
Fekvőbeteg-intézeti ápolást kiváltó diagnózis (BNO-10.)* kezelés időtartama:-tól-ig*			Kórházi
Szakápolás elrendelés dátuma: szakápolásba vételének dátuma: esetén az első szakápolásba vétel dátuma: „folyamatos elrendelés”		A beteg Meghosszabbítás Hányadik	

Alapbetegség (BNO-10.) betegségek(ek), szövődmények(ek) (BNO-10.) elrendelését indokló diagnózis (BNO-10.) befolyásoló tényezők (Z00-Z99)	Kísérő Szakápolás Ellátást
Elrendelt vizitek és napok száma (otthoni szakápolás esetén 1 elrendelésnél maximum 50 nap): Gyakorisága: A beteg ápolásáért felelős szakápoló neve:	
Az ellátás típusa: szakápolás , fizioterápia, logopédia) A beteg állapota: teljes ápolásra szoruló beteg részleges ápolásra szoruló beteg önellátó beteg	

Az orvos szakápolásra vonatkozó elrendelése a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 1. számú melléklete

szerint ellátható tevékenységből.(A megfelelőt kérjük X-szel megjelölni.)

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----

⁶²⁰ Elrendelést javasoló orvos neve*: pecsét száma:
Elrendelő orvos neve: Pecsét

száma: Az elrendelő orvos munkahelyének azonosítója:Háziorvosi szolgálat kódja: vagy Intézet azonosítója: Dátum: év hó nap P. H aláírás

Az otthoni szakápolást elfogadom, és egyben kijelentem, hogy más szolgáltatótól térítésmentesen szakápolást nem veszek igénybe. Tudomásul veszem, hogy 1 térítésmentes vizit 3 óránál hosszabb nem lehet. Dátum: . év hó nap beteg (törvényes képviselő) aláírása:
--

* Kitöltése minden esetben kötelező. Adatai: a jelenlegi ellátást indokló diagnózis miatti utolsó kórházi kezelésre vonatkoznak.

10. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

Szolgáltató OEP kódja Elszámolási lap sorszáma:

SZAKÁPOLÁSI EGYÉNI ELSZÁMOLÓ LAP

⁶²¹ **Kitöltése a 4-es és 11-es tevékenységi kör esetén kötelező

Elszámolási időszak: év hónap

Otthoni szakápolást végző szolgálat neve: . telefon: . címe: . A szakápolásért felelős szakápoló neve: .
--

A beteg neve: Neme: ¹ Férfi Nő címe: Társadalombiztosítási azonosító jele: Születési adatai: év hó nap Fekvő beteg intézeti ápolást indokló diagnózis (BNO-10) Kórházi kezelés időtartama: tól ig

Alapbetegség: (BNO-10) ²	Kísérő
betegség(ek) (BNO-10) ³	Szakápolást
indokló fődiagnózis (BNO-10) ⁴	Ellátást befolyásoló
tényezők (Z00-Z99)	Szakápolásba vétel
időpontja: év hó nap	Ápolási eset lezárásának időpontja: év hó nap
Elrendelt vizitek száma: Eddig	elrendelt vizitek száma: ..
Hányadik folyamatos elrendelés: ..	A beteg állapota: teljes ápolásra szoruló
beteg részleges ápolásra szoruló beteg	önellátó beteg

Nap	Ellátás típusa ⁵	Fő tevékenység	Ápoló TAJ száma	Nap	Ellátás típusa ⁵	Fő tevékenység	Ápoló TAJ száma
01				17			
02				18			
03				19			
04				20			
05				21			
06				22			
07				23			
08				24			
09				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							
Vizitek száma összesen:							

A fő tevékenységek megoszlása⁶

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Területi pótlék: igen nem Dátum: év hó nap

..... Szolgáltató cégszerű P. H.
aláírása

..... Ellátást végző(k) aláírása

¹ A megfelelő aláhúzendó

² Az otthoni szakápolásban ellátásra kerülő beteg állapotát jellemző azon orvosi diagnózis, amely a szakápolást indokló fődiagnózis alapjául szolgált, kialakulásához közvetlenül és döntő mértékben hozzájárult.

³ Az otthoni szakápolásban ellátásra kerülő beteg állapotát az alapdiagnózison kívül jellemző azon egyéb orvosi diagnózisok, amelyek vagy az orvosi alapbetegség, vagy annak következtében alakultak ki, vagy az orvosi alapdiagnózissal párhuzamosan fennálló megbetegedések orvosi kísérő/szövődményes megbetegedéseknek tekinthetjük.

⁴ Azt a betegséget kell feltüntetni, amely a szakápolást indokolja, azaz amelyhez az ellátási eset kapcsán nyújtott szolgáltatások tartoznak.

⁵ Szakápolás =2; gyógytorna = 4; fizioterápia =5; logopédia =6

⁶ Az elszámolt időszakra elvégzett szakápolás/szakirányú terápiás szolgáltatás fő tevékenységei a 20/1996. NM rendelet 1. számú melléklete szerint. (A betegnél elrendelt és teljesített feladatok a hónap folyamán.)

11. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

Szolgáltató OEP kódja:

Szolgáltató neve:

HAVI ÖSSZESÍTŐ JELENTÉS OTTHONI SZAKÁPOLÁSI VIZITEKRŐL

Megyekód: [_____]

Megye megnevezése:

A finanszírozási szerződés száma:

[_____]

A szolgáltató címe:

Telefon:

Elszámolási időszak: év hó

Az elszámolt időszakra beküldött „Egyéni elszámolási lap”-ok száma:

[_____] db

Az elszámolt időszakra beküldött „Szakápolási elrendelő lap”-ok száma:

[_____]db

Az elszámolt időszakra elvégzett tevékenységek az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 1. számú melléklete szerinti el látható feladatokból.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Vizitdíj-összesítés a betegellátás típusának és a beteg önálló képességének figyelembevételével.

Szakápolás 1-14 vizit	Alapdíj szorzók	Vizitek száma	Területi pótlékkal elszámolt vizitek száma	Vizitek díja (db x alapdíj)
Teljes ápolásra szoruló beteg	1			
Segítségre szoruló beteg	0,9			
Önálló beteg	0,8			
Összesen:				

Szakápolás 15 vizittől	Alapdíj szorzók	Vizitek száma	Területi pótlékkal elszámolt vizitek száma	Vizitek díja (db x alapdíj)
Teljes ápolásra szoruló beteg	0,9			
Segítségre szoruló beteg	0,7			
Önellátó beteg	0,5			
Összesen:				

Szakirányú tevékenységi vizit	Alapdíj szorzók	Vizitek száma	Területi pótlékkal elszámolt vizitek száma	Vizitek díja (db x alapdíj)
Teljes ápolásra szoruló beteg	0,9			
Segítségre szoruló beteg	0,8			
Összesen:				

Hospice ellátás 1-50 nap	Alapdíj szorzó	Napok száma	Napidíj összesen (napidíj x napok száma)
Ellátás száma:	1,2		

Mindösszesen vizitszám: [_____]
db [_____]Ft

Dátum: év hó nap

.....
szolgáltató cégszerű aláírása

12. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

SAKÁPOLÓI, SAKIRÁNYÚ TERÁPIÁS VIZITEK FINANSZÍROZÁSA

A) A vizitdíj megállapítása a betegellátás típusa, valamint a beteg önálló képessége szerint

—Táblázat—

B) Területi pótlék

A szolgáltató a 34. § (13) bekezdése szerinti területi pótléokra jogosult.

Szakápolási fokozatok:

Teljes ápolásra szorulóknak kell tekinteni azt a beteget, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységei* közül hármat vagy annál többet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni és szakápolásra szorul.

Részleges ápolásra szorul az a beteg, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységei* közül legalább két tevékenységet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni, és betegsége miatt szakápolásra szorul.

Önellátó az a beteg, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységeit* más személy igénybevétele nélkül képes elvégezni, de ugyanakkor betegsége/krónikus betegsége miatt otthonában szakápolási feladatok elvégzésére van szüksége pl. stomakezelés, gégetisztítás,

lábszárfekély kezelése, műtét utáni seb kezelése, pa-
renterális táplálás és gyógyszerelés.

lefekvés).

**13. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm.
rendelethez**

**14. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm.
rendelethez**

*-Táplálkozás, tisztálkodás, öltözködés, széklet- és
vizelet-kontinencia, önálló helyzetváltoztatás (felkelés,

ADATLAP kórházi (osztályos) ápolási esetről

1. Kórház neve:										2. Osztály neve:																																
3. Osztály azonosítója:					4. Térítési kategória:					4/A. Részleges térítés																																
4/B. Részleges térítési díj összege:										5. Személyazonosító típusa:																																
6. Személyazonosító jel:										7. Törzsszám:																																
8. A beteg neve:										9. Érvényes biztosítás országa vagy a beteg állampolgársága:																																
10. Anyja neve:										11. A beteg születési neve:																																
12. A beteg neme:										13. Születés dátuma:																																
14. A kísért beteg törzsszáma:										14/A. A beteg kíséretének oka:																																
16. Lakcím:					16/A. Lakcím típusa:																																					
17/A. Beutaló orvos munkahelyének										17/B. Beutaló orvos kódja:																																
17/C. Beutalást megalapozó ellátást igazoló										18. A felvétel jellege:					19. A felvétel típusa:																											
20. A felvétel időpontja:										22. A távozás időpontja:																																
23. A beteg további sorsa:					24. Az ellátó orvos kódja:					25. E-adatlap kitöltés:																																
26. DIAGNÓZISOK																																										
Megnevezés															T	Kód	D																									
-1															1																											
-2															3																											
-3																																										
-4																																										
-5																																										
-6																																										
-7																																										
-8																																										
-9																																										
-10																																										
-11																																										
-12																																										
-13																																										
-14																																										
-15																																										
-16																																										
27. BEAVATKOZÁSOK																																										
Megnevezés	Intézet/osztály azonosítója	Dátum										J	N	S	F	M	A	T	Kód	L	db																					
-1																																										
-2																																										
-3																																										
-4																																										
-5																																										
-6																																										
-7																																										
-8																																										
-9																																										
-10																																										
29. Újszülött súlya (g):										30. Baleset minősítése:																																
31. Felhasználói mezők:										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
32. Elszámolási nyilatkozat:																																										

Dátum: év hó nap

az ellátásért felelős orvos

Kitöltési útmutató

.....

1. Kórház neve

(Elektronikusan nem továbbítandó)

Az ellátást végző kórház neve

2. Osztály neve (Elektronikusan nem továbbítandó)

A mezőbe az ellátást végző osztály neve kerül

3. Osztály azonosítója

Az ellátást végző kórházi osztály finanszírozási szerződés szerinti 9 karakteres kódja

4. Térítési kategória

1. magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás

2. magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása

3. államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás

4. egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása

5. magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása

9. külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása

A. befogadott külföldi állampolgár

D. menekült, menedékes státuszt kérelmező

E. elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás

F. magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének l) pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozást is tartalmazó ellátása

G. magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének l) pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozása miatt bekövetkezett szövődmény ellátása

K. külföldi donor ellátása

M. magyar biztosítás alapján méltányosságból átvállalt térítés ellenében végzett ellátás R. magyar biztosítás alapján, az Ebtv. 23. §-a szerint részleges térítés ellenében végzett ellátás

S. a Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

4/A. Részleges térítés jogcíme

Az alábbi nyolc közül amelyik jogcímek fennállnak, azoknak a mezőjébe kell az adott kódot beírni:

A. az ellátást végző orvos megválasztása

B. biztosított beutaló nélküli ellátása

C. beutalási rendtől eltérő igénybevétel

D. eltérő tartalmú ellátás a beteg kérésére

E. egyéb kényelmi szolgáltatás a beteg kérésére

F. ápolás céljából történő elhelyezés, ápolás

G. miniszteri rendelet szerinti szanatóriumi ellátás

H. külsődleges nemi jellegek megváltoztatása

4/B. Részleges térítési díj összege (Ft)

R térítési kategória esetén a maximum érték eléréséig kitöltése kötelező

5. Személyazonosító típusa

0. a személyazonosító jel nincs kitöltve

1. TAJ szám

2.3 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma

3. útlevelszám

5. menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma

6. ismeretlen TAJ számú elhunyt személy, illetve ismeretlen beteg

6. Személyazonosító Jel

TAJ szám, illetve a személyazonosító típusának megfelelő egyéb azonosító

7. Törzsszám

A beteg 9 jegyű törzsszámát kell megadni

8. A beteg neve (Elektronikusan nem továbbítandó)

9. Érvényes biztosítás országa vagy a beteg állampolgársága

Elsődlegesen, ha a beteg érvényes egészségbiztosítással rendelkezik, akkor az egészség biztosítási rendszert fenntartó állam kódját, egyébként a beteg állampolgárságának kódját kell megadni

10. Anyja neve

(Elektronikusan nem továbbítandó) A beteg anyjának a nevét kell megadni

11. A beteg születési neve (Elektronikusan nem továbbítandó)

A beteg születési nevét kell megadni

12. A beteg neve

1. férfi

2. nő

Amennyiben nem állapítható meg, akkor a felvételtkor, vagy a nyilvántartott, vagy a születéskori neme adandó meg

13. Születési dátuma

A beteg születési dátuma évszázaddal együtt

14. A kísért beteg törzsszáma

14/A. A beteg kíséretének oka

1. Beteggel érkező hozzátartozó
 2. Anya – újszülött kapcsolat (a kitöltést végző osztályos ellátás során történő szülések esetén kell alkalmazni)
 3. Donor – transzplantált beteg kapcsolat
 4. Egyéb
16. Lakcím

A beteg lakcíme (irányítószám, város/község, utca, házsám), amennyiben a dokumentált lakcímtől eltér a tartózkodási hely, akkor bemondás alapján az utóbbit kell figyelembe venni

16/A. Lakcím típusa

1. Lakóhely
2. Tartós elhelyezést biztosító szociális intézmény

17/A. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója

Finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a szerződés szerinti szervezeti egység azonosító kódja, nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a működési engedély szerinti szervezeti egységkód, a REP ellenőrző orvosainak beutalása esetén 999999991, az orvos saját maga, vagy közeli hozzátartozója beutalása esetén 999999992

17/B. Beutaló orvos kódja

A beutaló orvos 5 jegyű pecsétnyomójának száma

17/C. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat

A beutalást megalapozó ellátás nyilvántartására szolgáló betegforgalmi napló sorszáma, fekvőbeteg gyógyintézet orvosának beutalása esetén a beteg törzsszáma, egyéb, nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a beutalás napi dátuma, vezető nullával

18. A felvétel jellege

1. más fekvőbeteg gyógyintézetből visszahelyezve
 2. más fekvőbeteg gyógyintézetből áthelyezve
 3. intézeten belüli fekvőbeteg-ellátó szervezeti egységből áthelyezve
 4. házi orvos, egyéb alapellátó beutalta
 5. más intézet járóbeteg-szakellátó munkahelye beutalta
 6. saját intézet járóbeteg-szakellátó munkahelye beutalta
 7. beutaló nélkül, mentővel
 8. beutaló nélkül
 9. saját osztály visszarendelte
- A. adaptációs szabadságról visszavéve
- C. az előző rekord folytatása
- D. az Adatlapot kitöltő osztályon született újszülött
- E. bírósági, igazságügyi-orvosszakértői beutalás

19. A felvétel típusa

A. Az egészségügyi ellátás szempontjából

1. sürgős ellátás, beleértve a pszichiátriai beteg sürgősségi felvételét rendőrségi közreműködés nélkül
2. nem sürgős ellátás, ideértve a pszichiátriai beteg sürgősségi felvételét rendőrségi közreműködés nélkül
3. egynapos ellátás
4. kúraszerű ellátás
5. aktív ellátás krónikus osztályon
6. pszichiátriai beteg sürgősségi felvétele rendőrségi közreműködéssel

B. Jogi elbírálás alapján (pszichiátriai beteg ellátása során kitöltése kötelező)

D. önkéntes – a beteg saját kérelmére

E. önkéntes – a nyilatkozattételre jogosult személy kérelmére, a beteg nem tiltakozott

F. önkéntes – a nyilatkozattételre jogosult személy kérelmére, a beteg tiltakozott

J. nem önkéntes – sürgősségi felvétel, bírósági felülvizsgálat által előírt kötelező gyógykezelés nélkül K. nem önkéntes – sürgősségi felvétel, bírósági felülvizsgálat által előírt kötelező gyógykezeléssel

Eütv. 199. § (5) bekezdés

L. nem önkéntes – kötelező gyógykezelés bírósági beutalás alapján (Eütv. 200. §)

20. A felvétel időpontja

A felvétel dátuma (óra, perc pontossággal). Az a regisztrált időpont, amikor a felvételt végző orvos a beteg felvételének szükségességéről dönt

22. A távozás időpontja

A távozás időpontja az óra megadásával. Az óra, perc kitöltése csak áthelyezésre kerülő, illetve exitált betegnél kötelező. A távozás időpontja az, amikor a beteg az intézet azon osztályának területét hagyja el véglegesen, ahol a zárójelentését kiadták

23. A beteg további sorsa

1. belső kórházi áthelyezés

2. más fekvőbeteg gyógyintézetbe történő áthelyezés

3. otthonába bocsátva

4. meghalt

5. részszámla

6. otthonába adaptációs szabadságra bocsátva

7. önkényesen távozott

8. szociális otthonba távozott

C. folytató rekord következik

24. Az ellátó orvos kódja

Az orvos 5 jegyű pecsétnyomójának száma. Annak a szervezeti egységnek a vezetője, ahol a beteg zárójelentését kiadják

25. E-adatlap kitöltés

0. nincs kitöltve

1. kitöltve (E térítési kategóriánál kötelező)

26. Diagnózisok Megnevezés

(Elektronikusan nem továbbítandó)

Diagnózis típusa (T)

0. beutaló/iránydiagnózis

1. ápolást indokló fődiagnózis alapjául szolgáló betegség

2. áthelyezést indokló fődiagnózis

3. ápolást indokló fődiagnózis

4. szövődmény

5. kísérő betegség

6. a halál közvetlen oka a klinikus szerint

7. kórbonctani alapbetegség

8. a halál közvetlen oka a kórbonctan szerint

9. kórbonctani kísérő betegség

A. megelőző ok a kórbonctan szerint

B. a halál alapjául szolgáló betegség a klinikus szerint

C. nosocomiális eredetű szövődmény a kezelés következtében

D. egyéb szövődmény a kezelés következtében

- E. sérülések és mérgezések külső okai
- F. funkcionális (FNO) kód
- K. kiegészítő kód a „*” jelű BNO kóddal a 3” típusú diagnózisra
- M. daganatos megbetegedések morfológiai kódja
- V. az egészségügyi szolgálat igénybevételét befolyásoló tényezők

Kód

A betegség kódolása BNO 10, illetve FNO szerint

Oldaliság (D) S. bal oldali szerv

- D. jobb oldali szerv
- U. mindkét oldalon lévő szerv
- N. az oldaliság nem értelmezhető
27. Beavatkozások Megnevezés
(Elektronikusan nem továbbítandó)

Intézet/osztály azonosítója

A beavatkozást végző osztály finanszírozási szerződés szerinti 9 karakteres kódja. Ha a kúraszerű onkológiai ellátás a szakmai szabályok alapján a beteg otthonában történik, akkor az első négy karakter az ellátásért felelős intézet kódja, a többi karakter nulla

Dátum

A beavatkozás kezdési időpontja, óra, perc pontossággal

Beavatkozás jellege (J)

- A. akut beavatkozás
- B. daganatellenes terápiás kezelés protokoll alapján, gyógyszerkészítménnyel, a beteg otthonában, az onkológiai centrum felügyeletében
- C. magyar biztosítással rendelkező beteg részére orvosbiológiai kutatás során, vagy a kutatás során fellépett szövődmény miatt szükséges akut beavatkozás
- D. magyar biztosítással rendelkező beteg részére orvosbiológiai kutatás során, vagy a kutatás során fellépett szövődmény miatt szükséges, választott időpontban végzett beavatkozás

V. választott időpontban végzett beavatkozás
Nosocomiális környezet (N)

0. nem értelmezhető

A. aszeptikus környezet

C. szepikus környezet

Sebgyógyulás (S)

1. sebgyógyulás per primam intentionem

2. nem fertőzött seroma, haematoma

3. sebgennyesedés

4. varrat insufficiencia

5. folyamatban levő, zavartalanul gyógyuló seb elbocsátáskor Nosocomiális fertőzés (F)

1. nosocomiális fertőzés nem volt

2. nosocomiális fertőzés történt

Beavatkozás minősítése az ellátásban elfoglalt helye szerint (M)

1. adjuváns beavatkozás

2. első vonalbeli kezelés

3. másod vonalbeli kezelés

4. harmad vonalbeli kezelés

5. reoperáció Anesztézia technikája (A) OENO kódok
Beavatkozás típusa (T)

1. a kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatt végzett beavatkozás

2. a kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatti további beavatkozás

3. kísérő betegség miatt végzett beavatkozás

4. szövődmény miatt végzett beavatkozás

5. donorból történő szervkivétel

6. kórház által vásárolt, de tételesen finanszírozott beépített anyag, implantátum

7. beteg által vásárolt implantátum

8. tételesen finanszírozott beépített anyag, implantátum

9. promóciós implantátum

- A. kórház által vásárolt, nem tételesen finanszírozott beépített anyag, implantátum
- B. OGYI engedély alapján indikáción túli gyógyszer alkalmazásával történt beavatkozás
- C. magyar biztosított részére egyedi méltányossági engedély alapján végzett orvosi beavatkozás
- D. magyar biztosított részére egyedi méltányossági engedéllyel biztosított implantátum
- E. magyar biztosított részére egyedi méltányossági engedély alapján, nem indikáción túli gyógyszer alkalmazása
- F. tételesen finanszírozott gyógyszeres kezelés

Kód

A műtét vagy beavatkozás OENO kódja

Oldaliság (1)

- S. bal oldali beavatkozás
- D. jobb oldali beavatkozás
- U. mindkét oldalon végzett beavatkozás
- N. az oldaliság nem értelmezhető db

Az elvégzett beavatkozás darabszáma

29. Újszülött súlya

Újszülött testsúlya felvételkor grammban, újszülött esetén kitöltése kötelező

30. Baleset minősítése
00. nem baleset, nem foglalkozási betegség
11. munkahelyi baleset munkahely területén és/vagy munkavégzés közben
16. ellátást nyújtó egészségügyi intézményben történt baleset
20. foglalkozási megbetegedés miatti egészségügyi ellátás
21. közúti baleset KRESZ hatálya alá tartozó gépjárművel
22. közúti baleset tömegközlekedési eszközön
31. háztartási baleset

32. sportbaleset
34. állat okozta baleset
40. közterületen történt baleset
41. baleset feltételezhető, de a körülményei nem ismertek
42. idegenkezűség következtében létrejött baleset
43. fentiekbe be nem sorolható egyéb baleset
31. Felhasználói mezők

Az országos intézetek rendelkezése szerint szakmáknként eltérően kell kitölteni

32. Elszámolási nyilatkozat
10. az elszámolási nyilatkozat átadása megtörtént
20. az elszámolási nyilatkozat átadása nem történt meg
50. a biztosított Vhr. 25/A. § (4)-(5) bekezdése szerinti ellátása nem fejeződött be (másik osztályon folytatódik az ellátás, kúraszerű ellátás, részszámla)
60. a Vhr. 25/A. § (6) bekezdése alapján az elszámolási nyilatkozatot nem kell kiállítani

Az Adatlap minden pontja kötelezően kitöltendő

15. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

CT/MRI jelentés adattartalma

- 1. Időszak, amelyre a jelentés vonatkozik**
- 2. Jelentést küldő szolgáltató megye kódja, OEP kódja, a vizsgálatot végző szervezeti egység 9 jegyű azonosítója**
- 3. Elvégzett vizsgálat térítési kategóriájának kódja**
- 4. Elvégzett vizsgálat kódja**
- 5. Elvégzett vizsgálat pontértéke**
- 6. Felhasznált kontrasztanyag mennyisége**
- 7. Személyazonosító jel**
- 8. Személyazonosító jel típusa**
- 9. Beteg állampolgársága**

- 10. Beteg születési dátuma (év, hónap, nap) és nemének kódja**
- 11. Vizsgálat időpontja (év, hónap, nap, óra, perc)**
- 12. Vizsgálattípus kódja**
- 13. Vizsgálat jellegének kódja**
- 14. A vizsgálatra küldő orvos pecsétszáma**
- 15. A vizsgálatra küldő intézmény szervezeti egységének 9 jegyű azonosítója, a beutalást megalapozó ellátást igazoló adat**
- 16. A beutalón szereplő, vizsgálatot indikáló diagnózis BNO kódja**
- 17. Vizsgálat utáni diagnózis BNO kódja**

18.

19.

20. Elszámolási nyilatkozat

Dátum: év hó nap

szolgáltató

16. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez**Havi betegszállítási teljesítményjelentés adattartama****I. Betegszállító gépjárművek összesítő adatai****1. Jelentési időszak****2. Állomás kódja****3. Szállító jármű forgalmi rendszáma****4. Aktuális napi dátum****5. Km-óra állása a szolgálat megkezdésekor****6. Km-óra állása a szolgálat leadásakor****II. A betegszállító állomás adatai****1. Jelentési időszak****2. Állomás kódja****3. Szállító jármű forgalmi rendszáma****4. Csere szállító jármű forgalmi rendszáma****III. Esetre vonatkozó betegszállítási jelentés****1. Jelentési időszak****2. Mentőállomás azonosító kódja****3. Betegszállítási adatlap sorszáma****4. Szállítás típusa****5. Beteg azonosító típusa****6. A beteg társadalombiztosítási azonosító jele vagy egyéb azonosítója****7. Térítési kategória****8. Betegszállító jármű forgalmi rendszáma****9. Esemény dátuma****10. Betegfelvétel ideje****11. Betegátadás ideje****12. Km-óra állása beteg felvételekor****13. Km-óra állása beteg átadásakor****14. Hasznos km száma****15. A kapcsolt betegszállításért járó többlet-km****16. Optimális km száma****17. Mentőápoló, betegkísérő felügyelet jele****IV. Szállított betegre vonatkozó adatok jelentése****1. Jelentési időszak****2. Mentőállomás azonosító kódja****3. Betegszállítási adatlap száma****4. Megrendelő orvos kódja****5. Mentőtiszt azonosítója, TAJ****6. A szállítás indokául szolgáló diagnózis****7. Betegfelvevő eü. intézmény kódja****8. Betegátadó eü. intézmény kódja****9. Betegfelvétel helye (közig. kódja)****10. Betegátadás helye (közig. kódja)**

Dátum: év hó nap

Dátum: év hó nap

.....
szolgáltató

17. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

A tételes elszámolású eszközök és nagy értékű műtéti beavatkozások jelentésének adattartalma

1. Időszak, amelyre a jelentés vonatkozik
2. Jelentést küldő szolgáltató megye kódja, OEP kódja, a tevékenységet végző szervezeti egység 9 jegyű azonosítója
3. A felhasznált eszköz/elvégzett beavatkozás térítési kategóriájának kódja
4. A felhasznált eszköz/elvégzett beavatkozás csoportkódja
5. A felhasznált eszköz/elvégzett beavatkozás kódja
6. Tender keretében biztosított eszköz esetén az egyes eszközök típus szerinti alábontását azonosító mező
7. A felhasznált eszköz/elvégzett beavatkozás mennyisége
8. A felhasznált eszköz/elvégzett beavatkozás értéke 1000 forintban, háromtizedes pontossággal
9. Személyazonosító jel
10. Személyazonosító jel típusa
11. Beteg állampolgársága
12. Beteg születési dátuma (év, hónap, nap) és nemének kódja
13. A beavatkozás időpontja (év, hónap, nap)
14. Műtéti napló száma
15. Kórházi törzsszám vagy ambuláns naplósám
16. Az eszköz felhasználását/az elvégzett beavatkozást indikáló diagnózis BNO kódja
17. Eszköz/implantátum felhasználása során végzett beavatkozás OENO kódja
18. A felhasznált/beépített eszköz beszerzési számlájának egyedi azonosítója (számlaszám) és kelte

19. A számlát/szállítólevelet kiállító cég megnevezése

20. Beutaló orvos kódja

21. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója

22. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat

23.

24.

25. Elszámolási nyilatkozat

Dátum: év hó nap

..... szolgáltató

17/A. melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

A tételes elszámolású gyógyszerek jelentésének adattartalma

1. Időszak, amelyre a jelentés vonatkozik
2. Jelentést küldő szolgáltató megye kódja, OEP kódja, a tevékenységet végző szervezeti egység 9 jegyű azonosítója
3. A beavatkozást/kezelést elrendelő és elvégző orvos(ok) kódja (pecsét száma)
4. A gyógyszeres beavatkozás/kezelés térítési kategóriájának kódja
5. A felhasznált gyógyszer 5 jegyű jelentő kódja és TTT kódja
6. A beteg személyazonosító jele, a személyazonosító jel típusa
7. A beteg születési dátuma (év, hónap, nap) és nemének kódja
8. A beteg állampolgársága
9. A beavatkozás/kezelés időpontja (év, hónap, nap)
10. Kórházi törzsszám vagy ambuláns naplósám
11. A beavatkozást/kezelést indikáló diagnózis BNO kódja
12. Szakmai protokoll és/vagy kezelési ciklus szerint végezhető beavatkozás/kezelés esetén annak OENO kódja

13. A felhasznált és nem felhasznált gyógyszer mennyisége, a mennyiség egysége
14. A felhasznált gyógyszer kiszerezési egysége, felhasznált kiszerezési egység mennyisége
15. A felhasznált gyógyszer értéke 1000 forintban, háromtizedes pontossággal (csak intézeti saját beszerzés esetében)
16. A terápiás adag meghatározásához szükséges paraméter értéke és egysége
17. A gyógyszer beadásának módja
18. A felhasznált gyógyszer beszerzési számlájának (intézeti saját beszerzés esetében) vagy szállítólevelének (természetben biztosított gyógyszer esetében) egyedi azonosítója és kelte
19. A számlát/szállítólevelet kiállító cég megnevezése
20. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat

Dátum: év hó nap

.....
szolgáltató

18. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

A műveseállomások által végzett dialízis kezelések jelentésének adattartama

1. Időszak, amelyre a jelentés vonatkozik
2. Jelentést küldő szolgáltató megye kódja, OEP kódja, kezelést végző szervezeti egység 9 jegyű azonosítója
3. Az elvégzett kezelés térítési kategóriájának kódja
4. Az elvégzett dialízis kezelés típusának kódja
5. A dialízis kezelés során beültetett katéter jelentésére szolgáló azonosító
6. Mobil kezelésekre jelentésére szolgáló mező
7. Az OEP által teljesen vagy részlegesen finanszírozott a tevékenység
8. Személyazonosító jel
9. Személyazonosító jel típusa
10. Beteg születési dátuma (év, hónap, nap) és nemének kódja
11. Beteg állampolgársága

12. Az elvégzett dialízis kezelés időpontja (év, hónap, nap), kezdetének és befejezésének ideje (óra, perc)

13. Az ellátás jellegére utaló kódszám

14. Mobil kezelést indikáló orvos azonosítója (pecsét száma)

15. A beteget a szolgáltató állomásra irányító szervezeti egység 9 jegyű azonosítója (akut kezelés esetén a beutaló orvos munkahelyének 9 jegyű kódja, mobil kezelés esetén azon szervezeti egység 9 jegyű kódja, ahol a kezelést végzik, amennyiben a beteg visszarendelt, rendszeresen az adott állomáson kezelt beteg, a szolgáltató saját 9 jegyű kódja), és az ellátást igazoló adat (a beutalást megalapozó ellátás nyilvántartására szolgáló betegforgalmi napló sorszáma, fekvőbeteg gyógyintézet orvosának beutalása esetén a beteg törzsszáma.)

16. A szolgáltató által vezetett betegnyilvántartással való kapcsolatra szolgáló mező (értékét az adott szolgáltatónál használt kódrendszer határozza meg)

17. A beteg tartózkodási helyének irányító száma

18. Kezelést indikáló diagnózis BNO kódja

19. A beteg transzplantációs várólistán szerepel-e
20. A beteg transzplantált beteg-e vagy sem
21. A beteg első dialízis kezelésének ideje
22. A kezelés során felhasznált erythropoetin (EPO) mennyisége NE havonta
23. Az EPO kezelést részben indokoló haematokrit % érték havonta
24. Az EPO kezelést indokoló haemoglobin érték g/dl-ben havonta
25. Szérum vas érték umol/l negyedévente
26. Ferritin szint ug/1 negyedévente
27. Transzferrin negyedévente
28. Hypochrom vvt% negyedévente
29. Albumin g/l negyedévente
30. Kt/V negyedévente
31. URR negyedévente (dializált betegeknél)
32. PCR/g/tskg negyedévente (dializált betegeknél)
33. Számított GRF ml/perc negyedévente (predializált betegeknél)
34. PTH félévente
35. Testsúlykg havonta (kezelés előtti és utáni érték átlaga)
36. Vasterápia (igen:1; nem:2; p.o.:4; iv.: 13, 14, 20) havonta
37. Iv. vas adag/hó; darab ampulla havonta
38. Betegállapot (kód) havonta
39. Mobil kezelés esetén a fekvőbetegként kezelt beteg kórházi törzsszáma
40. Elszámolási nyilatkozat
41. Az EPO készítmény TTT kódja
42. A kezelés során alkalmazott gép egyedi azonosítója

Dátum: év hó nap

szolgáltató

19. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

20. melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

Háziorvosi betegforgalmi tevékenység tételes jelentése

Jelentési időszak: 200 év hó

Szolgáltató OEP kódja Szolgáltató neve:
helység (irányítószámmal) utca/szám

Háziorvosi szolgálat kódja:

Háziorvos kódja, neve:

Háziorvosi program azonosítója és verziója

Ellátottak száma

A jelentés rekordképeének verziószáma

Jelentés készítésének időpontja

Jelentés típusa

Betegforgalmi napló sorszáma

Személyazonosító típusa

Társadalombiztosítási Azonosító Jel

Páciens törzskarton sorszáma

Gondozás

Az ellátás dátuma

Az ellátás helye

Az ellátás formája

Térítési kategória

Érvényes biztosítás országa, vagy a beteg állampolgársága

EU adatlap kitöltés

igen

nem

Ellátás oka

Diagnózis BNO kód

Továbbküldés oka

Továbbküldést indokoló diagnózis BNO kódja

Továbbküldés iránya

Továbbküldés eszköze

Az Utazási Költségtérítési Utalvány sorszáma

Gyógyszer vagy gyógyászati segédeszköz

A rendelést indokoló diagnózis BNO kódja

A rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz

TTT-kódja

A rendelt gyógyszer mennyisége (0000. 0000) formában

A rendelés jogcíme

Közgyógyellátási igazolvány száma

Közgyógyellátási igazolvány érvényességi dátuma

Szűrés kód

Szűrés diagnózis BNO kód

OENO kód

Kitöltési útmutató

A jelentés rekordképének verziószáma

Tartalma:

Az OEP által meghatározott rekordkép verziószáma, mely rekordkép alapján a jelentés készült.

Jelentés készítésének időpontja

Tartalma:

Az az időpont (másodperc pontosságú időpecsét), amikor a jelentést megfelelő jelentéskészítő program előkészített.

Jelentés típusa

Tartalma:

A jelentés típusa kóddal jelölve

0 = Gondozás változás jelentés

1 = Szűrés jelentés

2 = Gondozás státus jelentés

3 = Tételes betegforgalmi jelentés

Ellátottak száma

Tartalma:

A jelentés hónapjában ellátottak száma**Háziorvosi program azonosítója és verziószáma**

Tartalma:

Háziorvosi szakellátási programfejlesztők szabad felhasználására. A szoftverek, illetve szoftververzió-juk azonosítására. Amennyiben nem kerül kitöltésre, spacek-vel kell feltölteni.

Betegforgalmi napló sorszáma**A biztosított törzskartonjának sorszáma**

Tartalma:

A Biztosítottak bejelentkezésének sorrendjében kiadott folyamatos sorszám, amely a beteg törzskartonját azonosítja az adott háziorvosi szolgálatnál. Fontos, hogy kijelentkezés esetén ne kerüljön újra kiadásra, a háziorvosi szolgálat nyilvántartásán belül egyedi legyen.

Eseti ellátás esetén 0"-val kitöltve.

Személyazonosító típusa

Tartalma:

0 = TAJ-szám mező nincs kitöltve

1 = TAJ-szám mező ki van töltve

2 = 6 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ-száma

3 = útlevélszám (külföldi állampolgár)

5 = menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma

6 = ismeretlen TAJ-számú elhunyt személy

7 = ismeretlen beteg

Az orvos országos nyilvántartási száma

Tartalma:

Az orvos személyazonosító bélyegzőjének 5 jegyű száma**Gondozás**

Tartalma:

000 = nem gondozott

01A = Gyermek obesitas-hypertonia

02A = Gyermek szív- és érrendszeri betegség

04A = Gyermek asthma-allergia

05A = Gyermek mozgásszervi kór állapot

06A = Gyermek daganatos betegségek

07A = Gyermekpszichiátriai betegségek

01B = Felnőtt hypertonia

02B = Felnőtt ischaemiás szívbetegség

03B = Felnőtt diabetes mellitus

04B = Felnőtt asthma bronchiale

05B = Felnőtt mozgásszervi kór állapot

06B = Felnőtt daganatos betegségek

07B = Felnőtt pszichiátriai betegségek

Az ellátás helye

Tartalma:

1 = rendelőben

2 = beteg lakásán (állandó vagy ideiglenes lakhelyén)

3 = tanácsadóban

4 = egyéb helyen

A = baleseti ellátás a baleset helyszínén

Praxis-paciens viszonya (Ellátás formája)

Tartalma:

1 = bejelentkezett biztosított**2 = eseti (ambuláns) ellátás****Térítési kategória**

Tartalma:

00 = biztosított térítés ellenében végzett ellátása

01 = magyar biztosítás alapján végzett ellátás

02 = magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása

03 = államközi szerződés alapján végzett ellátás

04 = egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján magyar egészségügyi ellátásra nem jogosult személyek egyéb OEP által nem térített ellátása

05 = magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása

09 = Külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása

OA = Befogadott külföldi állampolgár

OD = Menekült, menedékes státust kérelmező

OE = Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás

S = A Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

Állampolgárság

Tartalma:

Elsődlegesen, ha a beteg érvényes egészségbiztosítással rendelkezik, akkor az egészségbiztosítási rendszert fenntartó állam kódját, egyébként a beteg állampolgárságának kódját kell megadni.

Az ellátás oka

Tartalma:

0 = akut megbetegedés definitív ellátása**1 = krónikus betegség****2 = krónikus betegség fellángolása****3 = gondozás**

4 = adminisztratív ok (pl. mentőutalvány, keresőképzetlenséget igazoló utalvány kiállítása, hatósági vizsgálat)

5 = szűrés

6 = tanácsadás

A = baleseti ellátás

B = balesettel kapcsolatos ellátás

C = akut megbetegedés gyanúja

D = hatósági vizsgálat

E = védőoltás

Továbbküldés oka

Tartalma:

0 = nem történt továbbküldés

1 = labordiagnosztika

2 = képalkotó diagnosztika

3 = egyéb diagnosztika

4 = konzílium

5 = terápia

6 = adminisztratív ok

7 = saját labor- és eszközdiagnosztika

Továbbküldés iránya

Tartalma:

az ellátást végző intézmény azonosítója**Továbbküldés eszköze**

Tartalma:

1 = Útiköltség utalvánnyal**2 = OEP által finanszírozott betegszállító gépjárművel****3 = Nem térített utazással****4 = Laborminta****5 = Utazási Költségtérítési Utalvánnyal****Gyógyszer, gyógyászati segédeszköz**

Tartalma:

G = gyógyszer**S = gyógyászati segédeszköz****F = gyógyfürdő****A rendelt gyógyszer, illetve a rendelt segédeszköz TTT kódja**

Tartalma:

A rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz OEP TTT szerinti kódja**A rendelést indokoló diagnózis**

Tartalma:

A rendelést indokoló diagnózis**A rendelés jogcíme**

Tartalma:

001 = Közgyógyellátási igazolványra

002= Eü rendelkezésre (Eü. kiemelt)

003= Eü térítés köteles (Eü. emelt)

004= HM jogcímen**005= Üzemi baleset jogcímen****011 = EÜ 90 expedíálása közgyógyellátási igazolványra**

012= Közgyógyellátási igazolványra történő eladás (kiemelt)

ALT = Általános (Normatív)

ONT = Nem támogatott gyógyszer**991 = Külön engedélyes gyógyszer (egyedi támogatás)****Szűrés kód**

Tartalma:

Szűrési tevékenységgel kapcsolatos kódok a hatályos 51/1997. (XII. 18) NM rendelet és a rekordképben mellékelt táblázat alapján.

Szűrés diagnózis BNO kód

Tartalma: Szűrés eredményét jelző BNO kód

Negatív szűrés esetén: U9990

Pozitív szűrés esetén: A vezető diagnózis BNO kódja

21. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez„E” térítési kategória alapján történő ellátás jelentése *E-adatlap*

13. Munkahely azonosító																				14. ellátás azonosító (törzsszám/napló sorszáma)																		
15. Az ellátás időpontja (év/hó/nap)																																						
16. A felvétel időpontja (év/hó/nap)					/				/											17. A távozás időpontja (év/hó/nap)					/				/									

22. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

Az OEP adatközlése a finanszírozási adatokról

A) Az OEP honlapján közzé teszi:

1. Havi jelentések:

- a) az OEP által kiutalt tárgyhavi teljesítmény szerinti finanszírozás adatai,
 - b) ESZCSM-OEP tájékoztató a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozásának tárgyhavi kifizetéseiről idősorosan is,
 - c) járóbeteg-szakellátás havi tevékenységéről szóló összesítés,
 - d) fekvőbeteg-szakellátás havi tevékenységéről szóló összesítés.
2. Dokumentumok:
- a) aktuális tájékoztatók,
 - b) finanszírozási rendeletmódosítások,
 - c) adatlapok,
 - d) kézikönyvek (szabálykönyvek),
 - e) kódlisták.
3. Kódállományok:
- a) BNO törzs,
 - b) ambuláns beavatkozási törzs,
 - c) fekvőbeteg beavatkozási törzs,
 - d) fogászati beavatkozás törzs,
 - e) gyógyszer-törzs,
 - f) besorolási kézikönyv.

4. Statisztikai adatok

5. Fekvő- és járóbeteg-intézetek, valamint háziiorvosi, fogorvosi szolgálatok teljesítményadatai OEP elszámolás szerint (online rendszer)

B) Jelentési kötelezettség az ESZCSM részére:

1. A fekvő- és járóbeteg-szakellátási kifizetések adatait, az általa gyűjtött összes teljesítményadatot – szolgáltatóként és szolgálatonként, azon belül szervezeti egységek szerinti bontásban – az utalványozást követő 10 napon belül.

c) Jelentési kötelezettség az ESZCSM részére:

1. Háziiorvosi szolgálatok teljesítményadatai OEP elszámolás szerint, havonként

2. Gondozók szolgáltató egységenkénti tevékenysége, teljesítmény és finanszírozási adatai, havi, negyedéves, féléves és éves összesítésben

3. Házi szakápoló szolgálatok tevékenysége, teljesítmény és finanszírozási adatai, negyedéves és éves összesítésben

4. Járóbeteg-szakellátás szolgáltató egységenkénti (szakrendelésenként, szakambulanciánként) teljesítmény- és finanszírozási adatai, tevékenysége (OENO, eset, beavatkozás, pont stb.) havi, negyedéves, féléves és éves összesítésben

5. CT, MR szolgáltató egységenkénti teljesítmény és finanszírozási adatai, negyedéves, féléves és éves összesítésben

6. Fekvőbeteg-szakellátás szolgáltató egységenkénti (osztályonként) teljesítmény és tevékenység adatok ((HBCS, eset, súlyszám, CMI, krónikus nap, súlyozott krónikus nap stb.) negyedéves, féléves és éves összesítésben

7. Fekvőbeteg-szakellátás szakmánkénti és országos HBCs teljesítmény adatok, havi, negyedéves, féléves és éves összesítésben

8. Egészségügyi szolgáltatók szerződésének főbb adatai

9. Védőnői, iskola- és ifjúság-egészségügyi teljesítményadatok negyedéves, féléves és éves összesítésben

10. Egyéb alapellátási (teljesítmény) adatok negyedéves, féléves és éves összesítésben (háziiorvosi betegforgalmi adatok, fogászati stb.)

11. Irányított betegellátásban részt vevő szervezők teljesítmény és finanszírozási adatai

12. Tételes és nagyértékű finanszírozás körébe tartozó beavatkozásokról és eszközökről, negyedéves, féléves és éves összesítésben

23. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

Havi mentési teljesítményjelentés adattartama

- I. Mentő gépjárművek összesítő adatai**
1. Jelentési időszak
 2. Mentőállomás kódja
- 3. Mentőjármű forgalmi rendszáma/légi mentőjármű azonosítója**
4. Aktuális napi dátum
- 5. Km-óra állása a szolgálat megkezdésekor**
- 6. Km-óra állása a szolgálat leadásakor**
7. Napi összes repülési idő
- II. A mentőállomás adatai**
1. Jelentési időszak
 2. Mentőállomás kódja
- 3. Mentőjármű forgalmi rendszáma/légi mentőjármű azonosítója**
4. Csere mentőjármű forgalmi rendszáma/csere légi mentőjármű azonosítója
- III. Esetre vonatkozó mentési jelentés**
1. Jelentési időszak
 2. Mentőállomás azonosító kódja
 3. Mentési adatlap sorszáma
 4. Mentőjármű típusa
 5. A beteg születési dátuma
- 6. A beteg társadalombiztosítási azonosító jele**
7. A beteg állampolgársága
 8. Térítési kategória
- 9. Mentőjármű forgalmi rendszáma/légi mentőjármű azonosítója**
10. Mentési esemény dátuma
 11. Betegfelvétel ideje
 12. Betegátadás ideje
- 13. Km-óra állása a beteg felvételekor**
- 14. Km-óra állása a beteg átadásakor**
15. Hasznos km száma
 16. Hasznos légi órák száma
 17. Mentés típusa

- IV. Mentett betegre vonatkozó adatok jelentése**
1. Jelentési időszak
 2. Mentőállomás azonosító kódja
 3. Mentési adatlap száma
 4. Mentésirányító kódja
 5. Mentést végző kísérő(k) azonosítója
 6. A mentés indokául szolgáló diagnózis
 7. Betegfelvevő egészségügyi intézmény kódja
 8. Betegátadó egészségügyi intézmény kódja
 9. Betegfelvétel helye (település közigazgatási kódja)
 10. Betegátadás helye (település közigazgatási kódja)

Dátum: év hó nap

 szolgáltató

24. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

Budapest, Szent Rókus Kórház
 Kapuvár, Lumniczer S. Kh. Ri.
 Miskolc, Szent Ferenc Kórház
 Nagykőrös, V. Ö. Rehab. Szakkh. Ri.
 Palotahosp Kft., Várpalota
 Sárvár, V. Kh. Ri.
 Sopron, Állami Szanatórium
 Szikszó, II. Rákóczi Ferenc Kórház
 Zirc, V. Erzsébet Kh.

25. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

Aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítményvolumene elosztásának szempontjai, valamint a 2007. év II. félévére vonatkozó alapdíj és országos teljesítményvolumen mértéke

1. Felosztható teljesítményvolumen: A 2007. március 31-én érvényes és az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (Eftv.) alapján kialakult új struktúra ágykapacitásának megfelelő éves teljesítmény volumen különbözetének 50%-a.

Kitöltési útmutató**1. Protokoll szám**

OGYI engedélyen feltüntetett protokoll szám (dátum nélkül)

2. Engedély kelte

Év, hó, nap

3. Orvosbiológiai kutatás megnevezése

Az engedélyen feltüntetett „határozat” szerint

4. A vizsgálat kezdete

Év, hó, nap

5. A vizsgálat befejezése

Év, hó, nap

6. A vizsgálatot végző szolgáltató neve

A vizsgálatot végző szolgáltató neve

7. A vizsgálatot végző szolgáltató azonosítója

A vizsgálatot végző szolgáltató finanszírozási szerződés szerinti 9, illetve 4 jegyű karakteres kódja

8. Térítési kategória

F magyar biztosítással rendelkező beteg, az Ebtv. 18. § (6) bekezdés 1) pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozást tartalmazó ellátása

G magyar biztosítással rendelkező beteg, az Ebtv. 18. § (6) bekezdés 1) pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozás miatt bekövetkezett szövődmény ellátása

9. Személyazonosító típusa**0. a személyazonosító jel nincs kitöltve****1. TAJ szám**

2.6 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma

3. útlevekszám

4.

5. menedékes, kérelmező, befogadó igazolvány száma**6. ismeretlen TAJ számú elhunyt személy, illetve ismeretlen beteg****10. Személyazonosító Jel**

TAJ szám, illetve a személyazonosító típusának megfelelő egyéb azonosító

11. Ellátás típusa

1 fekvőbeteg

2 járóbeteg

3 mindkettő

12. A vizsgálatot végző orvos kódja

Az orvos 5 jegyű pecsétnyomójának száma

13. Diagnózisok

A betegség kódolása BNO 10, illetve FNO szerint

14. A orvosbiológiai kutatás érdekében végzett, és/vagy szövődményeként szükségessé vált ellátások Beavatkozások**Ellátás azonosítója**

Törzsszám, ambuláns naplósorszám

Intézet/osztály azonosítója

A beavatkozást végző osztály finanszírozási szerződés szerinti 9 karakteres kódja. Ha a kúraszerű onkológiai ellátás a szakmai szabályok alapján a beteg otthonában történik, akkor az első négy karakter az ellátásért felelős intézet kódja, a többi karakter nulla

Beavatkozás jellege (J)

C Akut beavatkozás

D Választott időpontban végzett beavatkozás

Nosocomiális környezet (N)

0. nem értelmezhető

A. aszeptikus környezet

C. szeptikus környezet

Sebgyógyulás (S)

1. sebgyógyulás per primam intentionem**2. nem fertőzött seroma, haematoma****3. sebgyógyulás****4. varrat insufficiencia****5. folyamatban levő, zavartalanul gyógyuló seb elbocsátáskor***Nosocomiális fertőzés (F)***1. nosocomiális fertőzés nem volt****2. nosocomiális fertőzés történt***Anesztézia technikája (A)***OENO kódok***Beavatkozás típusa (T)***1. a kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatt végzett beavatkozás****2. a kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatti további beavatkozás****3. kísérő betegség miatt végzett beavatkozás****4. szövődmény miatt végzett beavatkozás****Kód***A műtét vagy beavatkozás OENO kódja
Oldaliság (L)***S. bal oldali beavatkozás****D. jobb oldali beavatkozás****U. mindkét oldalon végzett beavatkozás***N. az oldaliság nem értelmezhető***db***Az elvégzett beavatkozás darabszáma
Az Adatlap minden pontja kötelezően kitöltendő!***27. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez****1. Fogalom meghatározások:****a)** viszonyítási időszak: 2007. április-2007. június hónap,**b)** case-mix index: a Kr. 2. § l) pontja szerinti case-mix index,**c)** más intézetből átvett esetek aránya: a viszonyítási időszakban más intézményekből átvett esetek aránya – a Kr. 14. számú melléklete 18. A felvétel jellege pontjában 2. más fekvőbeteg-gyógyintézetből áthelyezve – megjelöléssel jelentett esetek aránya,**d)** sürgősségi (halaszthatatlan) esetek aránya: az ezen eseteket meghatározó HBCs-k listája az OEP honlapján közzétételre kerül,**e)** teljesítményvolumen kihasználtság: a viszonyítási időszakban elszámolt teljesítmény és ugyanezen időszakra érvényes TVK aránya,**f)** ágykihasználtság: a viszonyítási időszakban jelentett betegszám és a szolgáltató érvényes, szerződött ágyszámának a viszonyítási időszak naptári napjainak számával szorzott értékének a hányadosa.

2. Az 1. pontban meghatározott mutatók alapján meghatározásra kerül a fekvőbeteg-szakellátó intézmények mutatónkénti rangsora.

3. A 2. pont alapján kialakult rangsorszámok mutatónkénti súlyozási értéke a következő:

a) 3-as súlyozási értékű case-mix index,**b)** 2-es súlyozási értékű más intézetből átvett esetek aránya,**c)** 1, 5-ös súlyozási értékű sürgősségi (halaszthatatlan) esetek aránya,**d)** 0, 5-ös súlyozási értékű teljesítményvolumen kihasználtság,**e)** 0, 5-ös súlyozási értékű ágykihasználtság.

4. A megfelelő súlyozási értékkel súlyozott rangsorszámok összege adja meg a fekvőbeteg-szakellátó intézmény összesített rangsorszámát.

Ha a rangsorban lévő intézmények száma n (ahol n természetes szám), a 27/A. § (7) bekezdésében meghatározott mutatószámok súlyozási értéke s_i (ahol s_i valós szám), az intézmény rangsorban betöltött helye r_{i5} (ahol r , természetes szám), továbbá $0 < r_i < n+1$ és a nagyobb mutató értékhez nagyobb r_i tartozik, akkor az intézmény összesített rangsorszámát (R) a következő:

$$R = S_1 * r_1 + S_2 * r_2 + S_3 * r_3 + S_4 * r_4 + S_5 * r_5$$

5. A rangsorszám elméleti maximuma

$$R_{\max} = n * (S_1 + S_2 + S_3 + S_4 + S_5)$$

A szolgáltató saját rangsorszáma és ezen elméleti maximum arányában a szolgáltató 0-1000 pont közötti pontszámot (P) kap, ahol (P) a következő:

$$P = 1000 * R / R_{\max}$$

6. Az 5. pont alapján kiszámított pontszámok súlyponti kórház esetében 1, 3-szoróval súlyozásra kerülnek.

7. Az elért pontszámok alapján a szolgáltatók az alábbi csoportokba kerülnek besorolásra:

- a) 0-500 pontszám,
- b) 501-750 pontszám,
- c) 750 feletti pontszám.

8. A 7. pont szerinti szolgáltatói besorolás alapján a 27/A. § (5) bekezdése szerinti teljesítményvolumen kerethez képest az alábbi növekmények kerülnek megállapításra:

- a) 0-500 pontszám esetén 7 százalék,
- b) 501-750 pontszám esetén 8, 5 százalék,
- c) 750 pontszám felett 10 százalék.

Nem súlyponti intézet részére a c) pontba sorolás esetén 8, 5 százalék növekmény állapítható meg.

28. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

2010. évre vonatkozó TVK keretek

1. A járóbeteg-szakellátás- ideértve a CT-MRI vizsgálatokat is-2009. november és 2010. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos TVK keretének mértéke: 68 900 000 000 pontszám.

2. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás 2009. november és 2010. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos TVK keretének mértéke: 2 000 004 súlyszám.

Az 1. és 2. pont szerinti országos TVK keret 4 százaléka tartalékot képez, amely a folyamatos ellátás biztosítása, vagy egyéb ellátási érdekből az egészségügyi

miniszter által engedélyezett finanszírozás fedezetére szolgál.

3. Az egyes ellátási formák országos szezonális indexe:

Hónap	Aktív fekvőbeteg-szakellátás	Járóbeteg-szakellátás
október	8,64%	8,03%
november	8,58%	8,26%
december	9,06%	7,10%
január	7,83%	7,77%
február	8,02%	7,97%
március	8,79%	9,40%
április	8,56%	9,54%
május	8,41%	9,38%
június	8,28%	8,82%
július	8,37%	8,63%
augusztus	7,38%	7,19%
szeptember	8,08%	7,91%
október	8,64%	8,03%

29. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

Az egyes fogászati beavatkozásokra fordítandó minimális időkeretéről

Kód	Beavatkozás megnevezése	Beavatkozásra fordítandó minimális idő (perc)
	I. Vizsgálatok, dokumentációk	
FA 002+	Fogorvosi vizsgálat, kontroll	10
TA004	Rendelőn kívül végzett vizsgálat	20
TA005	Konzílium, rendelőn kívül	20
TA012	Konzílium, szakvélemény készítése	10
FA 013+	Igazolás, tájékoztatás	5
FA 014+	Szakrendelésre utalás	5
TB 121	Fogászati allergológiai vizsgálat elektropotenciál méréssel	20
TB 125**	Különleges gondozásra szoruló, fogyatékkal élő személyek fogászati szakellátása	-
	II. Prevenció	
TA169	Egyéni megelőző tanácsadás	5
TA170	Csoportos megelőző tanácsadás	10
TA183	Csoportos felvilágosítás, tanácsadás rendelőn kívül	20
TA184	Fogászati várandósgondozás (tanácsadás, szűrővizsgálat)	10
TA185	Fogorvosi szűrővizsgálat (18 éves korig, illetve 18. év feletti középfokú, nappali rendszerű iskolai oktatásban részt vevőknél)	5
TA186	Fogorvosi szűrővizsgálat, felnőtteknek	10

Kód	Beavatkozás megnevezése	Beavatkozásra fordítandó minimális idő (perc)
TB 187	Stomato-onkológiai vizsgálat	15
III. Röntgen		
TA 006	Intraorális rtg. felvétel (db)	5
TB 007	Panoráma rtg. felvétel (db)	10
TB 008	Teleröntgen felvétel	10
TB 009	Egyéb extraorális rtg. felvétel	8
FA 010+	Rtg. kontrasztanyag befecskendezése	20
TB 011	Occlusalis rtg. felvétel	5
IV. Érzéstelenítés, gyógyszerrendelés		
FA 018+	Gyógyszerrendelés	5
FA 019+	Injekció adása	5
TA021	Intraorális érzéstelenítés	3
V. Megtartó fogászat (konzerváló és endodoncia)		
FA 098	Gyökérkezelés	5
TA100	Amalgám tömés készítése maradó fogban, egy felszínen	15
TA101	Amalgám tömés készítése maradó fogban, több felszínen	20
TA102	Esztétikus tömés készítése maradó fogban, egy felszínen	20
TA103	Esztétikus tömés készítése maradó fogban, több felszínen	25
TA104	Polírozás, finírozás tömésenként	10
TE 105	Inlay, onlay készítése	50
TA107	Gyökértömés készítése	10
TA116	Gyökértömés eltávolítása	15
TA109	Fogkorona felépítése gyári csappal	30
TA110	Fog trepanálása és/vagy fogbél extirpálása	10
FA 112	Ideiglenes tömés készítése	5
FA 116	Érzékeny fogfelszín kezelése	3
VI. Szájbetegségek és parodontológia		
TB 110	Parodontális státuszfelvétel	8
TA114	Tasak gyógyszeres kezelése	5
TAHI	Fogkő eltávolítása, supra- és subgingivalisan	15
TA112	Fogkő eltávolítása, supra- és subgingivalisan (súlyos általános alapbeteg-ségnél)	15
TB 113	Lebenyes tasakműtét	30
TB 114	Gingivectomia	5
TB 115	Tasak kezelése zárt kürettázzsal	5
TB116	Csontpótló anyag behelyezése	20
TB 117	Irányított szövetregeneráció membrán alkalmazásával	20
TB 119	Komplikált szájnyálkahártya betegségek helyi kezelése	10
TA120+++	Fogak sínezése	15
TA121+++	Síneltávolítás	15
TB 126	Fogak becsiszolása	15
VII. Dentoalveoláris sebészet		
TB 127	Műtéti utókezelés (kontroll, sebkezelés, csíkcseré, varratszedés, átöblítés)	10
TA020	Lézerkezelés (soft)	7

Kód	Beavatkozás megnevezése	Beavatkozásra fordítandó minimális idő (perc)
FA 169	Állkapocs luxatio repozíciója	10
TA130	Fogeltávolítás	10
TB 131	Fogeltávolítás feltárással	20
TB 132	Retineált vagy impaktált fog eltávolítása	25
TA135	Alveolus excochleatio sebllátással	10
TB 137	Nyálkó eltávolítása invazív módon	10
TA138	Incisio, circumcisio	10
TB 139	Excisio	7
TB 140	Megnyílt arcüreg sebészi zárása	25
TB 141	Periapicalis excochleatio, gyökércsúcs rezekció	25
TB 142	Retrográd gyökértömés	20
TB 143	Cystectomia	25
TB 144	Cystostomia, cysta-marsupialisatio	25
TB 145	Orális plasztika	20
FA 147	Fogrepozíció	20
TA148	Fogreplantáció	20
TE 149	Intraossealis implantatum behelyezése	20
TE 155	Intraossealis implantatum eltávolítása	10
TB 150	Vaporisatio, lézer, kryo, elektrokauterrel végzett kezelések	10
TB 151	Stomato-onkológiai gondozás	10
TB 152	Foggyökér dissectio	20
TB 153	Lágyrész traumák ellátása	10
TB 154	Frenulectomia, frenulotomia	8
TA155	Vérzéscsillapítás	10
TA156	Sutura eltávolítás	5
TB 155	Alveolus korrekció	15
TB 156	Intermaxilláris fixatio (IMF) felhelyezése	60
VIII. Fogpótlás		
FA 156	Teljes lemezes fogpótlás készítéséhez anatómiai lenyomatvétel	10
FA 157	Teljes lemezes fogpótlás készítéséhez funkciós lenyomatvétel	20
FA 158	Részleges lemezes fogpótlás készítéséhez lenyomatvétel	15
FA 159	Állcsont reláció meghatározása	20
TA171	Egyszerű előkészítést igénylő korona („szóló”) behelyezése	15
TA172	Vállas előkészítést igénylő korona („szóló”) behelyezése	15
TA161	Gyökércsapos fogmű behelyezése	15
TA162	Híd – horgony behelyezése	15
TA163	Hídtest behelyezése	5
TA164	Korona, híd eltávolítása	10
TA165	Részleges lemezes fogpótlás behelyezése	10
TA166	Teljes lemezes fogpótlás behelyezése	5
TA167	Korona és/vagy híd visszazaragasztása	15
TA168	Harapásemelő behelyezése	10
TE 169	Speciális fogpótlások behelyezése	20
TE 170	Oro-maxillo-faciális protetikai rehabilitáció	200

Kód	Beavatkozás megnevezése	Beavatkozásra fordítandó minimális idő (perc)
TE 171	Állkapocs diszfunkció kezelése	20
FA 172	Fogsorpróba	10
TA173	Fogpótlás korrekció	10
TA179	Lemezes fogpótlás alábélelése rendelőben	30
TA181	Lemezes fogpótlás alábélelése fogtechnikai laboratóriumban	15
FA 178	Lemezes fogpótlás javítása lenyomat alapján	15
TB 179	Instrumentális okklúziós analízis és korrekció	60
FA 181	Csonk preparáció	15
FA 182	Új csont	10

Hatályos: 2010.07.01.–2010.09.15.

IX. Gyermek-, iskolai és ifjúsági fogászat		
TA 187	Helyi fluoridálás, segédeszköz nélkül	5
TA 188	Helyi fluoridálás, segédeszközzel	10
TA 189	Helyfenntartó behelyezése	25
TA 190	Barázdazárás	10
TA 192	Traumásan sérült fog ellátása	15
TA 193	Ideiglenes gyökértömés készítése	10
TA 194	Pulpotómia	10
FA 195	Tejfog elcsiszolása és/vagy impregnálása	5
TA 197	Tej fogtömés – egy felszínen	10
TA 198	Tej fogtömés – több felszínen	15
FA 200	Dentíciós panaszok ellátása	5

X. Fogszabályozási szolgáltatások		
TB208	Kivehető fogszabályozó készülék adaptálása, aktiválása	10
TB209	Rögzített fogszabályozó készülék aktiválása, ellenőrzése	10
TB210	Ortodonciai mérések	35
TA211	Kisfokú fogazati eltérés szabályozásának megkezdése	15
TA212	Kisfokú fogazati eltérés szabályozásának befejezése	15
TB213	Közepes fokú fogazati eltérés szabályozásának megkezdése	20
TB214	Közepes fokú fogazati eltérés szabályozásának befejezése	20
TB215	Nagyfokú fogazati eltérés szabályozásának megkezdése	25
TB216	Nagyfokú fogazati eltérés szabályozásának befejezése	20
TB219	Veleszületett súlyos fejlődési rendellenességek (pl. ajak szájpadhasadékos és fogazati eltéréssel járó szindrómák) fogszabályozási ellátásának megkezdése	50
TB220	Veleszületett súlyos fejlődési rendellenességek (pl. ajak szájpadhasadékos és fogazati eltéréssel járó szindrómák) fogszabályozási ellátásának befejezése	30
TB217	Retenciós kezelési fázis megkezdése	20
TB218	Retenciós kezelési fázis befejezése	20
TA219	Preventív, illetve kiegészítő fogszabályozási tevékenység	15
FA 220+	Rossz szokásról való leszoktatás megkezdése	5
FA 221+	Rossz szokásról való leszoktatás befejezése	5
TB222	Rögzített fogszabályozó eltávolítása, fluoridálás, polírozás	25
TB223	Bracketragasztás (újaragasztás)	5
Kód	Beavatkozás megnevezése	Beavatkozásra fordítandó minimális idő (perc)
TB226	Gyűrűragasztás (újaragasztás)	5
TB227	Ívcsere	5
TB228	Szekciós ív bekötése	8
TB229	Fogfelszabadítás	15

Megjegyzések, rövidítések:

A fogorvosi szolgáltatások kódja 5 pozíció. Az el-

ső pozíció a finanszírozás módját jelöli, ahol F-a kötelezően jelentendő 0 pont értékű beavatkozás, T-a kötelezően jelentendő teljesítménydíjas fogászati szolgáltatás. A második pozíció az ellátási szintet jelöli, ahol A – alapellátás, B – szakellátás, E – egyetemi fogászati ellátás.

A harmadik, negyedik és ötödik pozíció a beavatkozások kódszámát tartalmazza.

A „TA” jelzésű kódokat mindhárom ellátási szint használhatja, a „TB” jelzésű kódokat a szakellátás és az egyetemi fogászati ellátás, a „TE” kódokat csak az egyetemi fogászati ellátás használhatja. A *-gal jelölt tevékenység csak külön szerződés alapján számolható el.

A „+” jelöléssel ellátott kódok minimumideje nem kerül figyelembe vételre, ha egyéb beavatkozási kód is elszámolásra kerül az adott biztosított esetében. Amennyiben egy biztosított esetében kizárólag „+” jelölésű kódot jelentenek, akkor csak a legmagasabb minimumidejű kód ideje kerül figyelembe vételre.

A „++” jelölésű kód esetében a beavatkozásra fordítandó minimumidő nem biztosítottanként kerül felszámításra, hanem az adott csoportra vonatkozik.

A „+++” jelölésű kód több fagon történő elszámolásakor a minimumidő csak egyszer kerül figyelembe vételre.

30. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

SZOLGÁLTATÓ OEP kódja:	
SZOLGÁLTATÓ neve:	
Elszámolási lap sorszáma:	
HOSPICE ELRENDELŐ LAP	
Hospice ellátást végző szolgáltató neve:	
címe: ..	
A beteg neve:	
lakóhelye:	
telefonszáma:	
társadalombiztosítási azonosító jele:	
születési adatai:évhó nap	
Fekvőbeteg-intézeti ápolást indokoló diagnózis (BNO-10.)*	
Ellátás elrendelés dátuma:	
A beteg ellátásba vételének dátuma:	
Meghosszabbítás esetén az első ellátásba vétel dátuma:	
Hányadik elrendelés:	

Alapbetegség (BNO-10.)		
Kísérő betegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10.)		
Elrendelését indokoló diagnózis (BNO-10.)		
Elrendelt napok száma (1 elrendelésnél maximum 50):		
Gyakorisága:		
A beteg ápolásáért felelős szakápoló(k)/ellátó(k) neve:		
Szakápolás (1)		Szociális tevékenység szervezése** (5)
Tartós fájdalomcsillapítás (2)		Diétás gondozás/tanácsadás (6)
Mentálhigiénés gondozás/tanácsadás (7)		Gyógyszerelés tervezése/ellenőrzése (8)
Gyógytorna (3)		Fizioterápia (4)
Javaslatot tevő orvos neve:		Pecset száma:
Elrendelő orvos neve:		Pecset száma:
Dátum: ... év ... hó ... nap		P. H.
Az otthoni ellátást elfogadom és egyben kijelentem, hogy más szolgáltatótól térítésmentesen hospice ellátást nem veszek igénybe.		
Dátum: ... év ... hó ... nap	 beteg aláírása

* Kitöltése minden esetben kötelező. Adatai: a jelenlegi ellátást indokló diagnózis miatti utolsó kórházi kezelésre vonatkoznak.

** Kizárólag szervezési feladatok ellátására vonatkozik.

31. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

SZOLGÁLTATÓ OEP kódja:
SZOLGÁLTATÓ neve:
Elszámolási lap sorszáma: HOSPICE EGYÉNI ELSZÁMOLÓ LAP
Hospice ellátást végző szolgálat
neve: telefon:
címe:
Az ellátásért felelős szakápoló neve:
Elszámolási időszak:

A beteg neve:		Neme:	Férfi	Nő
címe:				
Társadalombiztosítási azonosító jele				
Születési adatai: év hó nap				
Fekvőbeteg-intézeti ápolást indokló diagnózis (BNO-10.)				
Alapbetegség (BNO-10.)				
Kísérő betegség(ek) (BNO-10.)				
Ápolást indokoló fődiagnózis (BNO-10.)				
Ápolásba vétel időpontja: év hó nap				
Lezárás/megszakítás időpontja: év hó nap				
Elrendelt napok száma:		Eddig elszámolt napok száma:		
Az ellátás megoszlása tevékenységek szerint				
01. _____	11. _____	21. _____		
02. _____	12. _____	22. _____		
03. _____	13. _____	23. _____		
04. _____	14. _____	24. _____		
05. _____	15. _____	25. _____		
06. _____	16. _____	26. _____		
07. _____	17. _____	27. _____		
08. _____	18. _____	28. _____		
09. _____	19. _____	29. _____		
10. _____	20. _____	30. _____		
		31. _____		
Ellátott napok száma összesen:				
Elvégzett tevékenységek összesen a 30. számú mellékletben meghatározott ápolási feladatok szerint: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.				
Dátum: év hó nap				

.....		
szolgáltató cégszerű aláírása		ellátást végző(k) aláírása	
P. H.			