

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

az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

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.

2. § E rendelet alkalmazásában

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, területi védőnői, fogászati ellátás) egészségügyi szolgáltatásoknak az a része, amelyet az önkormányzat, illetve saját intézménye vagy más szolgáltató útján biztosít;

d) *finanszírozási elszámolás*: az alapidíjnak, 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) *alapidíj*: kihirdetett díj, vagy az adott hónapban a szakfeladatra rendelkezésre álló havi előirányzatnak és a jelentett teljesítménynek a hányadosa szerinti díj;

h) *teljesítménydíj*: az alapidíj 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.

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 egyeztetni. 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 vezet. 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 - kisérijegyzékkel, 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 rejtjelezéssel 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 6. hónap utolsó napjáig, továbbá ismeretlen TAJ-számú elhunyt személy elhalálozását 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 finanszírozó 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 valóságáért 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 tárgyhónapot követő hónap 10. 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 Eütv. 142. § (2) bekezdés *b)* és *c)* pontja szerint nyújtott ellátások költségei behajthatóak-e más forrásból. A behajtás érdekében a szolgáltatónak a tőle elvárható valamennyi intézkedést meg kell tennie. Amennyiben az intézkedések nem vezetnek eredményre, az esetet az 5. § (1) bekezdésének megfelelően kell jelteni.

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) 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 háziorvosi 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 háziorvosi szolgáltató eseti ellátásának díjazásából a tárgyhónapban egy eseti ellátásra jutó díj összegének 10%-a,

c) a háziorvosi 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 háziorvosi, a házi gyermekorvosi, a háziorvosi 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 fekvőbeteg-szakellátást 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 10. napjáig küldheti meg. Az elszámoló által megküldött hibalista alapján a teljesítés hónapját követő negyedik hónap 10. 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, továbbá az R. 8. mellékletében szereplő ellátások.

Amennyiben a hiba javítására 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 tárgyévet 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, - a járóbeteg-szakellátás és az aktív fekvőbeteg-szakellátás esetében a 38. § (7) bekezdés szerinti egyenérték figyelembevételével meghatározott - az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter által előre meghirdetett összeg,

c) az a) és b) pontokban foglaltak 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 felosztásnál a súlyponti kórházak járóbeteg-szakellátás és az aktív fekvőbeteg-szakellátás éves elszámolható teljesítményének kétszeresét kell figyelembe venni.

(5) Amennyiben az Ebtv. 23. §-ának b), d), illetve 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) bekezdés szerinti szolgáltatók kivételével - a szolgáltatónak az igénylést megelőző 12 havi finanszírozási összegből számított havi átlagösszeg 20 százaléka.

(4) Finanszírozás szempontjából új szolgáltató által vagy új kapacitáson nyújtott teljesítmény szerint finanszírozott szolgáltatások működési kiadásainak fedezetére utólagos elszámolással finanszírozási előleg folyósítható. Az előleg mértéke a finanszírozási szerződés szerinti kapacitás nagyságára és az ellátási formára jellemző országos havi átlagos teljesítménydíj 50 százaléka. 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.

(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. §-a (8) bekezdése szerint számított kamat összegével együtt.

(2) Amennyiben a finanszírozó ellenőrzése során azt állapítja meg, hogy a szolgáltató az adott ellátási esetet tévesen alacsonyabb összeg finanszírozására jogosító jogcímen jelentette, az ellenőrzés megállapításait tartalmazó dokumentum kézhezvételétől számított 30 napon belül a szolgáltató 2 évre visszamenőleg kezdeményezheti a különbözet megtérítését.

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 végső 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) Amennyiben az egészségügyi szolgáltató jogutódlással szűnik meg, az általa jelentett és elszámolható teljesítmények után járó díjat az OEP a szolgáltató fenntartójának erre vonatkozó döntése szerint utalványozza a jogutód szolgáltató részére.

(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) A szolgáltató fenntartójának a (4) bekezdés szerinti döntésénél, illetve az (5) bekezdés szerinti megállapodásban figyelembe kell venni az Ámr. 117. §-ának a megszüntető okirat tartalmára vonatkozó rendelkezését, amennyiben a megszüntetett egészségügyi szolgáltató az Ámr. 2. §-ának 50. pontja szerinti nettó finanszírozási körbe tartozott.

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 összeg összességében nem haladja meg a

szerződéskiegészítés 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 bankszámlaszámát csak a kedvezményezett fél jóváhagyásával módosíthatja.

6/E. § Az OEP szerződést köt a fekvőbeteg-szakellátást 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 háziorvosi ellátás finanszírozása

7. § (1) A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló rendelet (a továbbiakban: Hr.) hatálya alá tartozó háziorvosi és házi gyermekorvosi (a továbbiakban együtt: háziorvosi) 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 háziorvosi szolgálat orvosa a Hr.-ben meghatározott rendelési időben rendelőjében háziorvosi tevékenységet végez;

b) munkanaponként a háziorvosi 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 háziorvosi 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 háziorvosi szolgálat orvosa részt vesz a háziorvosi 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 háziorvos által egyébként ellátandó ügyeleti feladatok teljes körének átadására.

(3) Ha a területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi 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 háziorvosi szolgálat finanszírozására a REP a 2. § i) pontja szerinti lakosok igazolt számának figyelembevételével köt finanszírozási szerződést a szolgáltatóval a háziorvosi körzet (a továbbiakban: körzet) lakosságának ellátására.

(2) A területi ellátási kötelezettséggel működő új háziorvosi 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 fix díjakat 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.

EBH2003. 999. *Több településre kiterjedő házi orvosi körzet megosztásáról valamennyi érintett önkormányzatnak meg kell állapodnia [43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8. §].*

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 házi orvosi 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.

(3) A díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a 2. számú melléklet szerinti összesítőben szereplő létszám alapján meghatározott korcsoportonkénti pontszám összegének degressziós tényezővel korrigált értéke, valamint a szakképzettségi szorzó szorzataként kell megállapítani. A degressziót 2400 ponttól, illetve vegyes házi orvosi szolgálat esetén 2600 ponttól kell alkalmazni. Számítási módját a 3. számú melléklet A) pontja tartalmazza. A degresszió számításánál az adott házi orvoshoz 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 (3) bekezdés szerinti degresszió alkalmazása alól mentesítést kap az a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező házi orvosi szolgálat, amelyhez bejelentkezett biztosítottak száma nem haladja meg a területi ellátásra kijelölt körzet lakosság számát, és

a) ahol a körzet egy vagy több önálló település teljes közigazgatási területére is kiterjed, és a körzet székhelyén összesen legfeljebb két azonos típusú területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálat működik, vagy

b) a településen más azonos típusú területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgálat nem működik.

(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 lakosság száma 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 háziiorvosi szolgálatra jellemző korcsoportos szorzók súlyozott átlaga alapján. A degresszióval korrigált pontszámot - a 3. számú melléklet A) pontja szerinti pontérték helyett - a REP által kiszámított pontérték alapján kell meghatározni.

(6) A (4)-(5) bekezdések szerinti mentesség tényét a REP évente április 30-áig felülvizsgálja.

(7) Amennyiben a háziiorvosi szolgáltató a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 6. § (1) és (2) bekezdésében meghatározott szakdolgozókon túl a háziiorvosi 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 háziiorvosi szolgálat degressziós pontthátára

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 háziiorvosi szolgáltató a Hr. szerint a háziiorvosi 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 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 százalékára 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 bejelentkezett biztosított után	4,5 pont 1 év
b) 5-14 év közötti bejelentkezett 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 jelteni. 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 szolgálatot, annak kamataival együtt.

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

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

(8) A (7) bekezdés szerinti alapszakvizsgálásának minősül

- a) az általános orvostan szakorvosi szakképesítés,
- b) a háziiorvostan 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.

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 szolgálatához nem jelentkezett be, vagy
- b) nemzetközi egyezmény, vagy a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK rendelet alapján jogosult az ellátásra [a továbbiakban *a)-b)* együtt: eseti ellátás],

a szolgáltató a (3)-(5) bekezdésben meghatározottak szerint részese 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 tárgyhót követő hónap 10. napjáig az ambuláns napló adatai alapján a *4. számú melléklet* szerint jelenti az általa nyújtott eseti ellátásokat a finanszírozónak kísérőjegyzékkel, 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 éri 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 rendelőnként további 10%-kal, ha a b) pont szerinti díjazás alapját képező rendelőkhöz 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.

(4) A szolgáltató a háziiorvosi körzet területén élő lakosság elhelyezkedésének adottságait figyelembe véve, a betegek orvos általi felkeresése költségei fedezetére az alábbi területi kiegészítő díjazásra jogosult havonta:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>a</i>) fővárosban, városban | 26 000 Ft, |
| <i>b</i>) községben | 30 000 Ft, |
| <i>c</i>) több településre kiterjedő körzetben | 38 000 Ft, |
| <i>d</i>) ha a körzet ellátási területéhez külterületi lakott hely is tartozik | 43 000 Ft. |

Amennyiben a háziiorvosi körzet lakosságának legalább 25 százaléka a *b*) vagy *d*) pontban foglalt típusú települések valamelyikében lakik, a háziiorvosi szolgáltató a magasabb összegű területi kiegészítő díjra jogosult.

(5) A területi ellátási kötelezettség nélküli háziiorvosi szolgáltató havi 78 000 Ft összegű kiegészítő díjra jogosult, ha a szolgáltathoz 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 előző 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 igénybevételel 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 lakosság szám 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

- a*) az azonos telephelyen működő, és/vagy
- b*) a területileg egymás mellett levő

háziiorvosi szolgálatokat praxisközösségben működtetheti. Erre tekintettel a REP 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 létszámmal 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 tárgyhónapot követő hónap 10. 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. és 12. § 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 háziorvosi szolgálatok háziorvosi ellátásra szóló szerződés szerinti összlakosság száma alapján jogosult az ügyeleti ellátás díjazására.

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

a)

b) a díjazás az alapösszegnek a lakosság szám alapján számított

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

bb) 1,7 területi szorzóval megemelt mértéke a 3 001-20 000 közötti lakosság számú,

bc) 1,5 területi szorzóval megemelt mértéke a 20 001-40 000 közötti lakosság számú,

bd) 1,3 területi szorzóval megemelt mértéke a 40 001-80 000 közötti lakosság számú

települési önkormányzatok esetében;

c) az a) és b) pontok szerinti szorzókkal kiszámított összes díj levonása után fennmaradó keretösszegeből kerül megállapításra a 80 000 fő feletti lakosság számnál 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 háziorvosi feladatok munkaidőn kívüli ellátása központi ügyelet útján történik, az ügyeleti szolgálatot 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 szolgálatot működtető egészségügyi szolgáltató a sürgősségi betegellátó osztályt működtető szolgáltatóval és a mentést végző egészségügyi szolgáltatóval kötött megállapodás szerint ügyeleti időben közös diszpécser szolgálatot 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 40 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:	Pontszáma:
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
gyógypedagógiai oktatási intézményben ellátott tanuló után

1
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 létszamarányosan napi 8 óránál kevesebb munkaidőre is köthető finanszírozási szerződés.

(4) A védőnői szolgáltató havi díjazásának mértéke az ellátottak száma alapján a (2)-(3) bekezdés szerint számított pontértéknek és a (8) bekezdésben meghatározott egy pontra jutó forint értéknek a szorzata alapján kerül megállapításra az (5)-(6) bekezdésben foglaltak figyelembevételével.

(5) Az ellátandók számát és a (2) bekezdésben foglaltak alapján számolt pontszámokat figyelembe véve a területi védőnői szolgáltató legfeljebb 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 gyógypedagógiai ellátásban részesül, és a tanulói összlétszám 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. Az egy pontra megállapított díj összege legfeljebb 330 Ft lehet.

(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 pótlékre jogosult. A havi fix díj teljes összegére a szolgáltató akkor jogosult, ha a védőnőt teljes munkaidőben foglalkoztatja, részmunkaidőben történő foglalkoztatás esetén a díj arányos része illeti meg.

(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 körzethatár-módosítás 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 10. napjáig nyújtja be a finanszírozónak.

(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 és Területfejlesztési Minisztérium vagy az általuk ellátandó feladat ellátására szervezett, fogászati ellátást is biztosító egészségügyi szolgáltató legfeljebb 34 szolgálatra,

c) a Gazdasági és Közlekedési Minisztérium (a továbbiakban: GKM) 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 óraszám, de legalább heti 6 órában is ellátható. Az ellátást nyújtó havi alapdíjra jogosult a rendelkezésre állásra és a speciális tevékenységre tekintettel. Az alapdíj rendelkezésként - önálló szervezeti egységkóddal rendelkező szervezeti egységenként - heti 30 óra rendelési idő esetén 12 000 korcsoportos pontszámnak megfelelő összeg, ennél alacsonyabb heti rendelési idő esetén az összeg időarányos része.

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

	heti óraszám
a) Semmelweis Egyetem, Budapest	1120,
b) Pécsi Tudományegyetem, Orvostudományi és Egészségtudományi Centrum	360,
c) Szegedi Tudományegyetem, Orvostudományi és Gyógyszerésztudományi Centrum	360,

d) Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum	360,
e) Központi Stomatológiai Intézet	720.

Az alapdíj rendelkezésként - önálló szervezeti egységkóddal rendelkező szervezeti egységenként - heti 30 óra rendelési idő esetén 11 000 korcsoportos pontszámnak 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 szolgáltatóként, illetve szakrendeléseként, heti 30 órás rendelési idő esetén 1900 pontnak megfelelő összegű havi alapdíjra jogosult. A fogászati szakellátást nyújtó szolgáltató szakrendeléseként, heti 30 órás rendelés esetén az alábbi korcsoportos pontszámnak megfelelő összegű havi alapdíjra jogosult:

a) szájsebészeti, parodontológiai szakrendelés esetén	1900 pont,
b) fogsabályozási, gyermekfogászati szakrendelés esetén	2300 pont,
c) fogászati röntgen szakrendelés esetén	1900 pont.

Amennyiben a rendelési idő nem éri el a heti 30 órát, az alapdíj 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. évét 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.

23. § (1) A fogászati alapellátásban a fogászati szolgálat a területi kötelezettség szerint a szolgálathoz tartozó - és a szerződésben megállapított - lakosok számától függően a korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám alapján havi alapdíjas 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 körzethatár-módosítás miatt kezdeményezett szerződésmódosítással egyidejűleg.

(3) A fogászati ügyelet alapdíja:

- 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 lakosságszám 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)-d) pontban foglalt folyamatos elérhetőséggel és az előírt helyszíni tartózkodással biztosított fogászati ügyeleti ellátás esetén

az a)-d) 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 lakosságszámú településen - napi 24 órában a folyamatos fogászati ellátást biztosítja.

(4)

(5) Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott alapellátást nyújtó fogorvosi szolgálatok és a szakellátást nyújtó szakrendelések - beleértve az egyetemi alap- és szakellátást nyújtó szolgálatokat és rendeléseket is - esetén a szolgáltató az alapidíj 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 igénybeviteléhez a beküldő kódszámának feltüntetése nem szükséges.

(9) Teljesítményként az adott rendelésen nyújtott, a 29. számú mellékletben feltüntetett minimumidők figyelembevételével, az R. 12. számú mellékletben 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 szolgálatának, 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 teljesítmény-elszámolás jelöltenként 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 fogászati 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. § (7) bekezdés szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 10. 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)

(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)

27. § (1) A finanszírozási szerződésben meghatározható a szolgáltató által nyújtható szolgáltatások köre, illetve mennyisége, a teljesítés időbeli ütemezése és a többleteljesítmény elszámolásának mértéke (a továbbiakban: szolgáltatásvolumen). A járóbeteg-szakellátásra és a 32. § szerinti CT, MRI vizsgálatokra vonatkozóan az elszámolható teljesítmény mennyiségét (a továbbiakban: teljesítményvolumen) szolgáltatóként éves szinten - az ellátási igények változásának figyelembevételével havi bontásban - kell meghatározni, az R. szerint külön jelzéssel ellátott szervezett népegészségügyi célú onkológiai szűrővizsgálatok, és a külön jogszabály szerinti újszülöttkori örökklődő anyagcsere betegségek szűrésének kivételével, továbbá az R.-ben meghatározott kódszámok alapján a 29700 kódszámú boncolás teljes belszervi vizsgálattal, a 29703 kódszámú boncolás probléma orientált, részleges belszervi vizsgálatokkal, a 29704 kódszámú boncolás mellőzésekor végzett tevékenység és a 29790 kódszámú boncolás utáni szövettani vizsgálat tevékenységek kivételével. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás tekintetében a szülés mint esemény, az újszülöttek első ellátási eseménye és a boncolások kivételével a teljesítményvolumen - a 27/A. §-ban foglaltak figyelembevételével - szolgáltatóként havi bontásban kell meghatározni.

(2) A teljesítményvolumen szerinti finanszírozás alapja a 2005. évben - a járóbeteg-szakellátás esetében pontszámban - degresszió nélkül elszámolt teljesítmény 95%-a, a CT, MRI esetében a 2004. április 1-jét követő egy év teljesítményének a 76%-a, amit korrigálni kell:

a) kapacitásváltozással, kivéve a tartósan kihasználatlan kapacitás lekötésének megszüntetését, továbbá a teljesítményvolumen keret változás nélkül történt többletkapacitás befogadást, valamint azt az esetet, ha a kapacitásváltozással érintett szervezeti egységnek járóbeteg-szakellátás esetén az egy órára jutó esetszáma nem éri el az előző évi adott szakma szerinti országos átlagot,

b) a finanszírozásra vonatkozó szabályok változásának teljesítményre gyakorolt hatásával,

c) a szerződés szerinti kapacitás működésének egy hónapot meghaladó, igazolt szüneteltetése esetén a szüneteltetés időszakában kiesett teljesítménnyel,

d) a 28. § (3) bekezdése szerinti átcsoportosítás figyelembevételével,

e) az intézmények közötti teljesítményvolumen-átcsoportosítással

ea) adott szakorvos munkahely változtatását követően, az általa végzett speciális szakfeladatnak megfelelő teljesítményvolumen mértékéig, a munkahely változtatással érintett intézmények tekintetében, vagy

eb) az ÁNTSZ illetékes megyei/fővárosi intézete által kiadott működési engedély alapján az ellátandó terület, vagy kijelölt ügyeleti időszak fekvőbeteg gyógyintézetek közötti megosztásának változása esetén, vagy

ec) a progresszív ellátási szint szerinti feladatok változása adott szakterületen az előző évi korrigált CMI-átlaghoz viszonyítva három hónapon át - az OEP által ellenőrzött - 0,1 értékkel történő változása esetén,

f)

g) az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló külön jogszabályban meghatározott minimális esetszám teljesítésének elmaradása esetén az előző évben teljesített esetszámmra jutó teljesítményvolumen mennyiségével,

h) az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató esetében plusz 4 százalékkal, amennyiben a 2007. március 31-ei állapothoz képest a szolgáltatónál bekövetkező aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitáscsökkenés mértéke nem éri el a 20 százalékot,

i) az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató esetében plusz 6 százalékkal, amennyiben a 2007. március 31-ei állapothoz képest a szolgáltatónál bekövetkező aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitáscsökkenés mértéke eléri vagy meghaladja a 20 százalékot,

j) aktív fekvőbeteg-szakellátást nem nyújtó szolgáltató esetében 2007. március 31-ei állapothoz képest plusz 4 százalékkal.

(3) Az aktív fekvőbeteg-szakellátásra lekötött kapacitás 00001, 00015 kódszámú krónikus fekvőbeteg-ellátásra történő átcsoportosítása esetén az aktív fekvőbeteg-szakellátási teljesítményvolumen az átcsoportosított kapacitásra jutó súlyszám 40%-ával kell csökkenteni. Az aktív fekvőbeteg-szakellátásra lekötött kapacitás járóbeteg-szakellátásra történő átcsoportosítása esetén az aktív fekvőbeteg-szakellátási teljesítményvolumen az átcsoportosított kapacitásra jutó súlyszám 80%-ával kell csökkenteni és a járóbeteg-szakellátási teljesítményvolumen a forintértéknek megfelelő pontszám 80%-ával kell növelni.

Az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv kezdeményezheti a finanszírozónál a saját fenntartásában lévő egészségügyi szolgáltatók közötti teljesítményvolumen átcsoportosítását, és másik egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervvel közösen kezdeményezheti meghatározott teljesítményvolumen átadását, illetve átvételét. A teljesítményvolumen átcsoportosítása, átadása, átvétele nem érinti az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv ellátási kötelezettségét.

(4) Az aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitások átcsoportosítására irányuló, az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (a továbbiakban: Eftv.) 7. §-ának (3) bekezdése szerinti kezdeményezés keretében 1 aktív fekvőbeteg-szakellátási ágy helyébe

a) 1 krónikus fekvőbeteg-szakellátási ágy, vagy

b) a (3) bekezdésben megállapított járóbeteg-szakellátási teljesítményvolumenen belül legfeljebb heti 6 járóbeteg-szakellátási rendelési óra, vagy

c) egynapos ellátásra az adott szakma aktív fekvőbeteg-szakellátási ágyra jutó havi országos átlagos teljesítmény 80%-a adható.

(5) A (4) bekezdés b) alpontja szerinti kezdeményezés nyomán a megszűnő aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitástól eltérő szakmacsoportban járóbeteg-szakellátási kapacitás a megszűnő aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitás legfeljebb 50%-ának mértékéig hozható létre. Fennmaradó részét a megszűnő aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitással megegyező szakmacsoportban kell kialakítani.

(6) Az aktív fekvőbeteg-szakellátásoknak az Eftv. 16. §-ának (10) bekezdése alapján történő átalakítása során 1 aktív fekvőbeteg-szakellátási ágyért legfeljebb heti 6 járóbeteg-szakellátási rendelési órát lehet figyelembe venni, bármely olyan aktív fekvőbeteg szakmacsoportban, amelyre a szolgáltató 2006. december 31-én finanszírozási szerződéssel rendelkezett. Az átalakított járóbeteg-szakellátási óraszámhoz tartozó teljesítményvolumen a (3) bekezdésben megállapított járóbeteg-szakellátási teljesítményvolumen nem haladhatja meg.

(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 teljesítményvolumen átmeneti átcsoportosításában, illetve rendelkezik a saját fenntartásában lévő intézmények közötti átcsoportosításáról.

Mátrix szerkezetű szervezeti egység kialakítása esetén a bevont szakmák, bevont kapacitására jutó teljesítményvolumen képezi a finanszírozás alapját.

(8) Az OEP - az aktív fekvőbeteg-szakellátás kivételével - havonta legfeljebb a (2) bekezdés szerinti teljesítménymennyiség tárgyhónapig számolt időarányos része és a tárgyhónapot megelőző hónapig elszámolt teljesítménymennyiség közötti különbözetet számolja el.

(9)

(10) Rendkívüli esemény miatti teljesítménynövekedésnél a (8) bekezdés és a 27/A. § (5) bekezdésének szabályai alól az egészségügyi miniszter - a pénzügyminiszterrel egyetértésben - felmentést adhat.

(11) A szolgáltatónak a teljesítménye utáni díjazást az OEP kiszámítja, és a jelentés leadását követő hónapban utalványozza a 33. § (5) bekezdésében és a 46. § (3) bekezdésében foglaltak kivételével.

(12) 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.

(13) 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) fekvőbeteg-intézményben igénybe vett gyógyászati ellátást a felvételtől az elbocsátás napjáig.

(14)

(15) 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 fekvőbetegosztály 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.

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

(16) A (15) bekezdésben foglalt feltételeket a b) pont kivételével nem kell alkalmazni a speciális sürgősségi centrumok esetében.

(17) Az (1) bekezdésben foglaltakat a népegészségügyi program keretében külön jogszabály szerint végzett 42400 kódszámú mammográfiás szűrésre és a 42700 kódszámú nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálatra nem kell alkalmazni.

(18) Az (1) bekezdés alkalmazásában újszülött első ellátási eseményének minősül a komplikációmentes 2499 g születési súly feletti újszülöttek ellátása, továbbá minden újszülött esetében az első ellátási eseményért járó súlyszám érték azon része, amely a komplikációmentes 2499 g születési súly feletti újszülött ellátásáért elszámolható.

(19) Az összevont szakellátás előirányzatból az egészségügyi szakellátás struktúraátalakításával összefüggő működési többletkiadások kompenzálására elkülönített keret terhére átmeneti kiegészítő díjazás biztosítható a külön jogszabályban foglaltak szerint,

a) az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók részére, az előre nem tervezhető ellátások előző évi adatainak a teljes körű kapacitáshoz történő arányosítása alapján,

b) az önálló szakorvosi rendelőintézetek részére, amelyek olyan településen működnek, ahol aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó kórház nem működik és a hét minden napján biztosítják a lakosság számára az alapvető klinikai és diagnosztikai szakmákban az ellátást.

Az elkülönített keret időarányosan használható fel figyelemmel az összevont szakellátás előirányzat betarthatóságára.

27/A. § (1) Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató 2007. március 31-én érvényes teljesítményvolumene értékét módosítani kell az Eftv. szerint részére 2007. április 1-jétől megállapított kapacitás változása alapján, ide nem értve a szolgáltatás volumen szerint finanszírozott önállóan kúraszerű ellátásokra és egynapos beavatkozásokra jutó teljesítményvolumenre.

(2) A teljesítményvolumen (1) bekezdés szerinti módosítása a kapacitásváltozással érintett szakma szerinti, a szolgáltató 2007. március 31-ig érvényes teljesítményvolumene egy ágyra jutó értéke alapján történik. Amennyiben a szolgáltató 2007. március 31-ig nem rendelkezett az adott szakmában kapacitással, a teljesítményvolumen módosításánál az egy ágyra jutó szakma szerinti országos átlagot kell figyelembe venni.

(3) Az aktív fekvőbeteg-szakellátás 2007. március 31-én érvényes és az (1) bekezdés szerint módosított teljesítményvolumene közötti különbséget a 25. számú mellékletben meghatározott szempontok szerint kerül felosztásra.

(4) A területi ellátási kötelezettség alapján történő teljesítményvolumen meghatározásánál a szolgáltató aktív fekvőbeteg-szakellátásra meghatározott területi ellátási kötelezettségét szakmánként kell figyelembe venni.

(5) Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató részére a 2007. október 1-jétől 2008. szeptember 30-ig terjedő teljesítési időszakra a teljesítményvolumen a 2007. szeptember 30-án érvényes teljesítményvolumen alapulvételével kerül megállapításra azzal, hogy a 2007. július-szeptember közötti teljesítési időszakra biztosított átmeneti kiegészítő teljesítményvolumen értékkel csökkenteni kell az alapul szolgáló teljesítményvolumen keret értékét. A szolgáltató az így megállapított teljesítményvolumenre havi bontásban jogosult.

(6) Teljesítmény volumen keret növekményre jogosult az a szolgáltató, amely legalább 50 aktív fekvőbeteg-szakellátási ágykapacitásra és legalább négy szakmára vonatkozó finanszírozási szerződéssel rendelkezik, és a 2007. április 1-jétől 2007. június 30-ig terjedő teljesítési időszakra érvényes teljesítményvolumen keretének legalább 92 százaléka elszámolásra került.

(7) A teljesítményvolumen növekmény mértékének számítása a 2007. április hónaptól 2007. június hónapig terjedő időszakra elszámolt teljesítményadatok alapján, a 27. számú mellékletben foglalt módszertan szerint, az alábbi mutatószámok figyelembevételével történik:

- a) case-mix index,
- b) más intézetből átvett esetek aránya,
- c) sürgősségi (halaszthatatlan) esetek aránya,
- d) teljesítmény volumen kihasználtság,
- e) ágykihasználtság.

(8) Amennyiben a szolgáltató nem határozza meg az (5)-(6) bekezdés szerinti éves teljesítményvolumen havi bontását, az országos szezonális index kerül figyelembevételre.

(9) Az OEP havonta legfeljebb az (5)-(8) bekezdés szerinti teljesítménymennyiség tárgyhónapig számolt időarányos része és a tárgyhónapot megelőző hónapig elszámolt teljesítménymennyiség közötti különbözetet számolja el.

(10) A (9) bekezdés szerinti elszámolásnál a szolgáltató összes teljesítmény volumenén belül

- a) az onkológiai,
- b) kardiológiai,
- c) a traumatológiai,
- d) a csecsemő- és gyermekgyógyászati

ellátásra érvényes teljesítményvolument elkülönítetten kell kezelni. Amennyiben az elkülönített teljesítményvolumen nem elégséges a felmerülő szükségletek kielégítésére, akkor a felmerülő többletigényt az a)-d) pontban meghatározott tevékenységek körében az összes teljesítményvolumenen belül nem nevesített volumen terhére kell biztosítani.

(11) A 28. § (2) bekezdés szerinti teljesítményvolumen keret TVK Ellenőrző Bizottság a szolgáltatói teljesítmények elszámolása alapján negyedévente megvizsgálja a (10) bekezdésben meghatározott szakmák teljesítményvolumen kereteinek felhasználását. Amennyiben az elszámolt teljesítmény mennyiség nem éri el az adott szakma időarányos keretét, a Bizottság javaslatot tesz a szolgáltatók között átcsoportosításra. Az OEP a Bizottság javaslata alapján abban az esetben is módosítja az érintett szolgáltatók teljesítményvolumenét, ha azok összes teljesítménye meghaladja a szolgáltatói szintű teljesítményvolumen időarányos keretét.

(12) A járóbeteg-szakellátás keretében végezhető egynapos sebészeti beavatkozásokat (egynapos OENO-k) az R. külön melléklete tartalmazza. Ezen beavatkozásokat a járóbeteg-szakellátást is végző fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató jelentheti a járóbeteg-szakellátására megállapított TVK-ja 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 elkülönített teljesítményvolumen mértékéig számolja el.

28. § (1) Egy megye vagy régió lakosságának aktív fekvőbeteg- és járóbeteg-szakellátást végző egészségügyi szolgáltatói - a tulajdonosok/fenntartók jóváhagyásával - meghatározott időre, előre, de legalább félévre vonatkozóan dönthetnek az intézményi TVK-k együttes kezeléséről, az intézményenkénti teljesítményvolumen igény szerinti átcsoportosításáról.

(2) A teljesítményvolumen intézmények általi kihasználtságának értékelése és átcsoportosításának elősegítése érdekében - ideértve az ellátási terület, illetve ellátási feladatváltozást - az OEP ellenőrző bizottságot (a továbbiakban: TVK Ellenőrző Bizottság) működtet, mely legalább két havonta ülésezik és ügyrendjét maga határozza meg. A TVK Ellenőrző Bizottságának tagja az Egészségügyi Minisztérium, a Pénzügyminisztérium, az OEP, a Magyar Orvosi Kamara, a Magyar Kórházszövetség, az Egyetemi Klinikák Szövetsége, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, a Humán Egészségügyi Magánszolgáltatók Egyesülete, a MEDICINA 2000 Poliklinikai és Szakorvosi Szövetség által delegált egy-egy fő. Az OEP főigazgatója az egészségügyi miniszterrel egyetértésben a TVK Ellenőrző Bizottságának tagjai közül kijelöli az elnököt. A TVK Ellenőrző Bizottság ügyrendje az Egészségügyi Közlönyben és az Egészségbiztosítási Közlönyben kerül közzétételre.

(3) A kihasználatlan teljesítményvolumen szolgáltatók közötti felosztására, valamint adott szolgáltatás igénybevételének változása alapján az érintett szolgáltatók közötti átcsoportosítására a TVK Ellenőrző Bizottság negyedévente javaslatot tesz, melyet az egészségügyi miniszter hagy jóvá.

(4) Az aktív fekvőbeteg- és járóbeteg-szakellátással egyaránt rendelkező intézmények teljesítményvolumene - az együttes kezelhetőség érdekében - az érvényes egyenérték szerint súlyszámban vagy pontszámban is meghatározásra kerülhet. A havi elszámolás során azonban ez a fekvőbeteg-szakellátásban az elszámolható teljesítménymennyiség növekedését nem eredményezheti.

(5) A járóbeteg-szakellátás, a CT és MRI vizsgálatok, valamint az aktív fekvőbeteg-szakellátás országos teljesítményvolumenét a 28. számú melléklet tartalmazza. Az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási szerződésében a 27. és 27/A. § alapján megállapított teljesítményvolumenek összege nem haladhatja meg adott időszakban a 28. számú mellékletben meghatározott mértéket.

(6) A teljesítményvolumen alapján finanszírozott ellátások esetében az elszámolt és jogalap nélkül kifizetett finanszírozást a teljesítményegység szolgáltatói átlagértéke szerint kell visszatéríteni.

28/A. § Az egészségügyi szakellátást nyújtó szolgáltató az Ebtv. 18. §-ának (8)-(10) bekezdése szerinti elszámolási nyilatkozat aláírásának tényét e rendelet mellékletei szerint jelenti.

28/B. § (1) A biztosítottak részére nyújtott, az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének *l)* pontjában meghatározott ellátásokat az egészségügyi szolgáltató a 4. § (1)-(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 10. napjáig, számítógépes adathordozón megküldi az 1. § szerinti finanszírozónak.

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 rendelések által nyújtott és az E. Alap által finanszírozott szakfeladatokat;
- c)* a rendelések 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 alkoholológiai és drogbetegek gondozását végző elkülönített részlegeket, továbbá ezek kódszámát;
- f)* a 13. számú mellékletben, valamint a külön jogszabály alapján az egészségügyi miniszter tájékoztatójában megjelölt foglalkozás-egészségügyi szakellátást nyújtó rendelési helyeket és rendelési időket;
- 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 előírányzat terhére történik.

(2) Az R. 2. számú melléklete szerinti orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok teljesítménydíjazása a progresszivitási és kompetencia szintekkel korrigált szolgáltatásvolumen szerint történik. A szolgáltatásvolumen meghatározásánál figyelembe kell venni a 2005. évben végzett esetszámot, beavatkozás számot, pontszámot, és a meghatározott szolgáltatásvolumen korrigálni kell az R. 2. számú mellékletének változása szerint. Az orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok szolgáltatásvolumenének módosítása a 27. § rendelkezései szerint történik.

(3) A megállapított szolgáltatásvolumen keret a kihirdetett járóbeteg-szakellátás teljesítményegységének forintértékével kerül elszámolásra az éves előírányzat-keret 70%-ának terhére. Az ezt meghaladó teljesítmény az előírányzat-keret 30%-a terhére a 6. § (2) bekezdésének *c)* pontja szerint kerül finanszírozásra.

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 kísérelőjegyzékkel, számítógépes adathordozón a tárgy hónapot követő hónap 10. 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 az (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-kórszövettani vizsgálatok teljesítménye akkor is elszámolható, ha az alapellátás vagy a járóbeteg-szakellátás orvosának rendelésére beküldött mintából történt a vizsgálatok elvégzése. Az ellátás időpontjának a mintavétel időpontját kell tekinteni.

(8) Ha a fekvőbeteg-ellátást nyújtó szolgáltató kérésére a beteg részére egészségügyi szolgáltatást 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 kísérőjegyzékkel, számítógépes adathordozón kell megküldeni a finanszírozónak a tárgyhónapot követő hónap 10. 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 követelés lejártától számított 30 napon belül (a továbbiakban: késedelem), az Országos Vérellátó Szolgálat (a továbbiakban: OVSZ) és a késedelembe esett szolgáltató 30 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 30 napos határidő eredménytelen elteltét követően vagy a megegyezés ellenére sem teljesített fizetés esetén az OVSZ a számlaegyeztetésnek megfelelő követelését - határidős díjmegettérítés céljából - eljuttatja az OEP részére.

(4) Az OEP a felhasználó egészségügyi intézménynek 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 mindenkori 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) A beutaló alapján végzett szakellátási tevékenységük díjazására a 30. § rendelkezései az irányadók.

(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, a

teljesítményegységeknek a 6. § (2) bekezdésének *b)* pontja szerint meghatározott értéke alapján. Az elszámolható teljesítmények kódját az R. tartalmazza.

(5)

(6)

(7) A 29. § *f)* pontjában említett foglalkozás-egészségügyi szakellátásnál a szolgáltatásokat a REP a teljesítmény-pontértékek alapján finanszírozza.

(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 tárgyhónapot követő hónap 10. napjáig megküldi a finanszírozónak a CT-MRI vizsgálatok teljesítményét a *15. számú melléklet* szerinti adattartalommal.

(4)

(5) Nem számolható el járóbeteg-szakellátási teljesítményként az aktív fekvőbetegosztályon kezelés alatt álló beteg részére nyújtott CT, MRI vizsgálat, ideértve az aktív fekvőbetegellátással 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 - kísérőjegyzékkel, számítógépes adathordozón - jelentést küld a REP-nek a tárgyhónapot követő hónap 10. 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.

(2) A szolgáltatót a - külön jogszabályok szerint - beutalásra jogosult orvos rendelése alapján elvégzett betegszállítás után kiegészítő betegszállítási díj illeti meg, amelynek mértéke

a)

b) betegkísérő közreműködését igénylő szállításnál betegenként 240 forint,

c) az *a)-b)* pont szerinti kíséretet nem igénylő szállítás után betegenként 125 forint.

(3) Többletkilométerként több beteg együttes (kapcsolt) szállítás 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 többletteljesítményként. 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 rendelvénnyű 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 kötelezettség-vállalást is eredményez, pénzügyminiszteri egyetértéssel köthető meg a finanszírozási szerződés.

(9) A betegszállítás megrendelője a betegszállítást nem teljesítését, illetve olyan késedelmes teljesítését, mely a beteg állapotának olyan mértékű rosszabbodásához vezetett, hogy ennek következtében a betegszállítást 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 10. napjáig jelentést küld a REP-nek.

34. § (1) A nem fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézményben elhunyt személy esetében az orvosi rendelvényre 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) bekezdésben említett halottszállításért közigazgatási határon belül legfeljebb 7000 forint, közigazgatási határon túli esetben legfeljebb 10 500 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 betegszállítást és orvosi rendelvényű halottszállítást finanszírozására elkülönített előirányzat egyhavi összegéből először a halottszállítás kerül finanszírozásra, a maradék összegből a betegszállítást 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 igénybevitelére 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) a háziorvos saját kezdeményezésre vagy intézeti zárójelentés alapján,

b) 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 zárójelentéssel 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) a járóbeteg- vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató klinikai onkológusa vagy a daganatos megbetegedés lokalizációja szerint illetékes szakorvosa közvetlenül, vagy

b) az a) pont szerinti szakorvos 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 lakosságszám arányában osztja fel.

(8) A REP az otthoni szakápolás végzésére jogosult szolgáltató szerződési ajánlatát 30 napon belül elbírálja, elfogadás esetén az erről küldött értesítést követő 10 napon belül - a rendelkezésre álló kereten belül - megkötö a finanszírozási szerződést. A szerződésben az elszámolható normatív vizitszám, illetve ellátási napok száma (a továbbiakban: kapacitás) és a díjazás összege évente - havi bontásban - 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 rész munkaidőben foglalkoztatott dolgozó munkaidejére időarányosan csökkentett kapacitás köthető le.

(10) Az otthoni szakápolás keretében ápolási tevékenységek legfeljebb 14 vizitre, otthoni hospice ellátás legfeljebb 50 napra rendelhető el, amelyek az ellátás kezdetétől számított egy éven belül, 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 az ellátás kezdetétől számított egy éven belül egy alkalommal megismételhetők. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően ismételt ápolási tevékenységek új elrendelő lap kitöltésével rendelhető el. Ápolási tevékenységek újabb megbetegedés esetén 14 vizitre ismételt elrendelhető, amelyek orvosi vizsgálat alapján - új elrendelő lap kitöltésével - esetenként az ellátás kezdetétől számított egy éven belül további három alkalommal megismételhetők.

(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 alapdíj 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 alapdíjának 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 pótlékra 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 pótlékot a szerződés szerinti havi keretösszegezen felül számolja el.

(16) A szakápolási szolgáltató a tárgyhónapot követő hónap 10. 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.

BH2006. 411. I. A Megyei Egészségbiztosítási Pénztár által 2000. január 1-je előtt kötött finanszírozási szerződésből eredő követelések az OEP-vel szemben érvényesíthetők [1998. évi XXXIX. tv. 8. §; 1999. évi CIX. tv. 24. § (8) bek.; 2002. évi LVIII. tv. 40. §; 43/1999. (III. 3.) Korm. r. 35. §; 293/2002. (XII. 27.) Korm. rend. 26. § (3) bek.]

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 fődiagnózist az a diagnózist kell feltüntetni, amely az intézményi (osztályos) kezelést meghatározta, amelyhez az ellátási eset kapcsán nyújtott szolgáltatások tartoznak. Nem tüntethető fel olyan diagnózis ápolást indokoló fődiagnózisként

- a) amelyet a betegnél nem állapítottak meg,
- b) amely kezeléséhez szükséges feltételekkel az egészségügyi szolgálat nem rendelkezik,
- c) 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

- a) az aktív és krónikus fekvőbeteg-osztályokat, szakmánkénti bontásban;
- b) az aktív és krónikus osztályok ágyszámát és kódszámát;
- c) 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;
- d) 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;
- e) a külön rendeletben meghatározott feltételekhez kötött ellátásokat;
- f) a teljesítmény mennyiségét és a teljesítés időbeli ütemezését;
- g) az Eftv. alapján az egészségügyi szolgáltató rendelkezésére álló kapacitások szakmacsoporton belüli szakmák közötti megoszlását a szakellátási kapacitások felosztásának szempontjairól és a szakellátási elérési szabályokról szóló rendeletben foglaltak figyelembevételével.

(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. 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 az egyes szakmák szerint illetékes szakmai kollégiumok által meghatározott szakmai feltételeknek megfelelnek. A feltételek fennállását a területileg illetékes REP ellenőrzés alapján állapítja meg. Abban az esetben, ha a szolgáltató nem felel meg az egyes szakmák szerint illetékes szakmai kollégiumok által meghatározott szakmai feltételeknek, tevékenysége krónikus szorzóval, vagy ápolási szorzóval kerül finanszírozásra.

(5) A 8. számú mellékletben meghatározott krónikus ellátások - a 00017 és a 00022 kódszámú ellátások kivételével - csak azokról az osztályokról számolhatók el, ahol a krónikus ágyszám eléri vagy meghaladja a tizet.

(6) 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 tárgyhót követő hónap 10. 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 második hónap 5. napjáig az egészségügyi szolgáltatók részére a saját jelentésük feldolgozásának eredményét.

(7) A krónikus betegellátásban a Funkciók Nemzetközi Osztályozása (a továbbiakban: FNO) szerinti funkcionális állapotot a 14. számú mellékletben kell jelteni.

(8) Az ápolás-gondoskodás biztosításrendszerének megalapozása érdekében az OEP pályázatot írhat ki

- a) szociális és egészségügyi feladatot is ellátó, vegyes profilú házi szakápolásra, gondozásra, továbbá otthoni hospice ellátásra a házi szakápolási előirányzatban e célra elkülönített forint összeg felhasználásával,

b) vegyes profilú ápolási osztályon végzett hosszú idejű ellátásra vagy intézeti hospice ellátásra a krónikus fekvőbeteg-szakellátás előirányzatban e célra elkülönített forint összeg felhasználásával.

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

(10) A többlet teljesítményvolument, többlet krónikus szorzót, illetve többlet fix díjat eredményező - az Eftv. 9. §-ának (1) bekezdésén alapuló - kapacitásátcsoportosítás esetén a finanszírozási szerződés megkötéséhez a pénzügyminiszter előzetes jóváhagyása szükséges.

38. § (1) Az aktív fekvőbeteg-szakellátás teljesítmény szerinti finanszírozási összegét az összevont szakellátás előirányzata - a 27. § (15)-(17) bekezdése szerinti fix díj levonása után - kell megállapítani. A szolgáltatók teljesítményét országosan egységes díjjal, a 27-28. §-ok alkalmazásával kell elszámolni.

(2) A krónikus ellátások súlyozott napi díja és az R. 3. számú melléklete szerinti homogén betegcsoport(ok) (a továbbiakban: HBCs) súlyszám díja közti átszámítással a fekvőbeteg-ellátás teljesítmény értéke egységesen 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) Az aktív és a krónikus ellátás havi teljesítményingadozásainak kiegyenlítésére az E. Alap éves költségvetésében az aktív fekvőbeteg-ellátási kasszából 1700 millió forintos, a járóbeteg-szakellátási kasszából 420 millió forintos, illetve a krónikus fekvőbeteg-ellátási kasszából 250 millió forintos elkülönített kiegyenlítő tartalékkeret szolgál.

(5) Amennyiben a megállapított egységes országos díj és a tárgyhavi teljesítmények alapján kifizetendő összeg magasabb a rendelkezésre álló havi előirányzatnál, a különbséget a kiegyenlítő tartalékkeretből kell kifizetni, ellenkező esetben a különbség a kiegyenlítő tartalékkeretet növeli.

(6) A tárgyév utolsó hónapjában esedékes finanszírozás során a 6. § (2) bekezdés b) pontjában foglaltaktól eltérően, a kiegyenlítő tartalékkeretek maradványának, valamint a rendelkezésre álló, 31. § (4) bekezdés szerinti keretösszegnek, továbbá a krónikus fekvőbeteg-ellátás kasszájának az egyenlegét kell a fekvő-, járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók részére - az általuk nyújtott tárgyhavi aktív, járó-, illetve krónikus teljesítmény arányában, a 27. § (6) bekezdésére figyelemmel - kifizetni.

(7) Az összevont szakellátás előirányzatán belül a teljesítményegységek egyenértéke 100 000 pont/súlyszám.

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 százalékára 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 százalékára 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 százalékára 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 kezeltek - 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 esetként 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

a) fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató esetében az osztályos háttér ágyszáma szerint ellátható betegszám 50 százalékáig,

b) az adott tevékenységre működési engedéllyel és finanszírozási szerződéssel rendelkező, járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató esetében az intézmény saját TVK-ja keretein belül,

c) járó- és fekvőbeteg-szakellátást egyaránt nyújtó szolgáltató esetében az intézmény járóbeteg-szakellátási TVK-ja terhére is jelenthető.

(10) Nappali kórházi ellátás a (9) bekezdés b) és c) pontja szerinti esetben a tartósan (legalább 3 hónap) kihasználatlan TVK-nak megfelelő teljesítmény erejéig jelenthető.

(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) bekezdés szerint jelentést küldeni az osztályra felvett betegek közül azokról, akiknek az ellátása a tárgyhónap végéig nem fejeződött be. Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó osztályról - kivéve a szülészeti-nőgyógyászati osztályt - naponta csak az osztály ágyszámának megfelelő ápolási nap szerinti teljesítmény számolható el. A felvétel és az eltávozás, áthelyezés napja egy napnak számít. A 100% feletti ágykihasználtságot eredményező ellátási eset(ek) kizárólag attól a naptól kezdődően számolható(k) 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.

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

a) 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,

b) 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,

c) a finanszírozási adatokról az OEP - a b) pontban foglaltak mellett - az EüM 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 10. 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 10. napjáig megküldi a finanszírozónak.

(3) 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.

(4) 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 10. napjáig megküldi a finanszírozónak.

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.

Egyéb ellátások

46. § (1) Az OEP a dialízis ellátások országosan egységes alapidíjára 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 10. 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 rendszerről szóló kormányrendelet rendelkezéseit kell alkalmazni.

50/A-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)-(10)

(11)

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

B)

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

Degresszió alkalmazása a teljesítménydíj-fizetés alapjául szolgáló pontszám megállapításánál

A) Háziorvosi 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:

$$d = \sqrt{h \times n}$$

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) Háziorvosi ellátás praxisközösségben

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

$$d = \sqrt{[(m \times h) + j] \times n}$$

ahol

m = háziorvosi 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 pontszámértékeket 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

$$d = \sqrt{6000 \times n}$$

ahol

d = degresszióval számolt korrigált korcsoportos pontszám

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

(Kiegészítés a 3. számú mellékletéhez)

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

(Kiegészítés a 3. számú melléklethez)

DEGRESSZIÓS TÁBLÁZAT

Pont- szám	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	2714,7	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

Millió forint

Megnevezés		2009. évi előirányzat
1.	Háziorvosi, háziorvosi ügyelet ellátása	
2.	Praxisfinanszírozás	68 361,1
3.	Eseti ellátás díjazása	413,0
4.	Ügyeleti szolgálat	8 837,4
5.	1. Háziorvosi, háziorvosi ügyelet ellátása összesen	77 611,5
6.	Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem	
7.	Iskolaegészségügyi ellátás	1 789,5
8.	Védőnői ellátás	16 092,8
9.	Anya-, gyermek- és csecsemővédelem	457,3
10.	MSZSZ: gyermekgyógyászat	120,3
11.	MSZSZ: nőgyógyászat	94,4
12.	2. Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen	18 554,3
13.	3. Fogászati ellátás	23 152,2
14.	Gondozóintézeti-gondozás	
15.	Nemibeteg-gondozás	541,4
16.	Tüdőgondozás	2 151,2
17.	Pszichiátriai gondozás	1 119,1
18.	Onkológiai gondozás	548,7
19.	Alkohológia és drogellátás	375,0
20.	4. Gondozóintézeti gondozás összesen	4 735,4
21.	5. Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	6 061,1
22.	8. Műveskezelés	23 433,5
23.	10. Otthoni szakápolás	4 630,2
24.	12. Működési költségelőleg	500,0
25.	Célelőirányzatok	
26.	Felülvizsgáló orvosok díja	45,0
27.	Bázisfinanszírozott fekvőbeteg-szakellátás	12,1
28.	Méltányossági alapon történő térítések	39,2
29.	Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj	526,7
30.	13. Célelőirányzatok összesen	623,0
31.	14. Mentés	22 865,9
32.	15. Laboratóriumi ellátás	20 700,4
33.	Összevont szakellátás	
34.	Járóbeteg-szakellátás	108 256,7
35.	CT, MRI	
36.	Fekvőbeteg-szakellátás	388 276,9
37.	<i>ebből: aktív fekvőbeteg-szakellátás</i>	333 379,1
38.	<i>krónikus fekvőbeteg-szakellátás</i>	53 928,2
39.	<i>fix díjjal finanszírozott ellátások (BVOP)</i>	969,6
40.	Extrafinanszírozás	17,8
41.	Speciális finanszírozású fekvőbeteg	28 163,7
42.	16. Összevont szakellátás összesen	524 715,1
ÖSSZESEN		727 582,6
Bérléti intézkedések fedezete		15 824,0
MINDÖSSZESEN		743 406,6

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

Ambuláns adatlap

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 neve:					22. Ellátás típusa:					
23. Továbbküldés:										24. Baleset minősítése**:					25. E-adatlap kitöltés					
26. DIAGNÓZISOK**															Kód					
- 1																				
- 2																				
- 3																				
- 4																				
- 5																				
27. BEAVATKOZÁSOK															Kód					Me
- 1																				
- 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				

* Kitöltése nem kötelező.

** Laboratóriumi munkahelynél kitöltése nem kötelező.

Dátum: év hó nap

.....
az ellátásért felelős orvos
pecsétszám

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 naplósorszáma

5. Naplósorszám

A beteg naplósorszáma (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 sorszáma, 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, 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 ellátás
- G = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének l) pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozása miatt bekövetkezett szövödmény 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.

11. Ellátást végző orvos kódja

Az orvos 5 jegyű pecsénymójának 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
- 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

23. Továbbküldés

- 0 = továbbküldés nem történt
- 1 = más járóbeteg-szakrendelésre küldve
- 2 = háziiorvosi szolgálatához irányítva
- 3 = a beküldő háziiorvoshoz 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 orvosi biológiai kutatás során, vagy a kutatás során fellépett szövődmény miatt szükséges akut beavatkozás
- D. magyar biztosítással rendelkező beteg részére orvosi biológiai kutatás során, vagy a kutatás során fellépett szövődmény miatt szükséges, választott időpontban 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 = tenyésztéses 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. Képalkotó vizsgálat kérés

- 0 = nem történt vizsgálat
- 1 = csak mellkas röntgen vizsgálat
- 2 = egyéb natív röntgen vizsgálat
- 3 = kontrasztanyagós röntgen vizsgálat (kivéve angiográfia)
- 4 = angiográfia
- 5 = többféle natív és/vagy kontrasztanyagós 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 = keresőképtelenség megállapítása korábban keresőképes személynél
- 2 = keresőképtelen személy kontrollja és további keresőképtelenség megállapítása
- 3 = keresőképtelen személy kontrollja és újbóli keresőképesség megállapítása
- 4 = keresőképtelenség lezárása halál miatt
- 5 = keresőképtelenség 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 szabályszerű aláírása megtörtént
- 20 = az elszámolási nyilatkozat aláírása nem történt meg
- 30 = a biztosított által aláírt dokumentum igazolja, hogy nem ért egyet az elszámolási nyilatkozatban foglaltakkal
- 40 = a biztosított távozása vagy állapota miatt nem történt meg az elszámolási nyilatkozat aláírása
- 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.

30 = a biztosított által aláírt dokumentum igazolja, hogy nem ért egyet az elszámolási nyilatkozatban foglaltakkal

40 = a biztosított távozása vagy állapota miatt nem történt meg az elszámolási nyilatkozat aláírása

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.

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 pecsétszáma
- 4 naplósorszám
- 5 kezelés dátuma (év, hó, nap)
- 6 kezelés időpontja (óra, perc)
- 7 küldő szolgálati egység kódja
- 8 beutaló orvos pecsétszáma
- 9 beutalást megalapozó ellátást igazoló adat
- 10 kezelt személy azonosítószáma
- 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 táppénzbevétel szakorvosi indokkal (kód)
- 23 keresőképtelenség (kezdeté-vége) dátuma
- 24 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 típusú 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**	1,7
00020	„B” minősítésű**	1,4
00021	Minősítés nélküli	1,2
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.

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

Szolgáltató OEP kódja:

Elrendelő lap sorszáma:

SZAKÁPOLÁSI ELRENDELŐ LAP

Otthoni szakápolást végző szolgáltató neve:	<input type="text"/>
címe:	<input type="text"/>

A beteg neve:	<input type="text"/>
lakóhelye:	<input type="text"/>
telefonszáma:	<input type="text"/>
Társadalombiztosítási azonosító jele:	<input type="text"/>
születési adatai: év	<input type="text"/>
hó	<input type="text"/>
nap	<input type="text"/>

Fekvőbeteg-intézeti ápolást kiváltó diagnózis (BNO-10)*	<input type="text"/>
Kórházi kezelés időtartama:	-től
	-ig*

Szakápolás elrendelés dátuma:	<input type="text"/>
A beteg szakápolásba vételének dátuma:	<input type="text"/>
Meghosszabbítás esetén az első szakápolásba vétel dátuma:	<input type="text"/>
Hányadik „folyamatos elrendelés”	<input type="text"/>

Alapbetegség (BNO-10)	<input type="text"/>
Kísérbetegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10)	<input type="text"/>
Szakápolás elrendelését indokló diagnózis (BNO-10)	<input type="text"/>
Ellátást befolyásoló tényezők (Z00-Z99)	<input type="text"/>

Elrendelt vizitek és napok száma (otthoni szakápolás esetén 1 elrendelésnél maximum 14 vizit, otthoni hospice ellátás esetén 1 elrendelésnél maximum 50 nap):	<input type="text"/>
Gyakorisága:	<input type="text"/>
A beteg ápolásáért felelős szakápoló neve:	<input type="text"/>

Az ellátás típusa: <input type="checkbox"/> szakápolás	
<input type="checkbox"/> szakirányú terápiás szolgáltatás (gyógytorna)	<input type="checkbox"/> , fizioterápia <input type="checkbox"/> , logopédia <input type="checkbox"/>)

Születési adatai: év hó nap

Fekvő beteg intézeti ápolást indokló diagnózis (BNO-10)

--	--	--	--	--

Kórházi kezelés időtartama:tőlig

Alapbetegség: (BNO-10)

--	--	--	--	--

Kísérő betegség(ek) (BNO-10)

--	--	--	--	--

Szakápolást indokló fődiagnózis (BNO-10)

--	--	--	--	--

Ellátást befolyásoló tényezők (Z00-Z99)

--	--	--	--	--

Szakápolásba vétel időpontja: év hó nap

Ápolási eset lezárásának időpontja: év hó nap

Elrendelt vizitek száma: Eddig elszámolt vizitek száma: Hányadik folyamatos elrendelés:

A beteg állapota: teljes ápolásra szoruló részleges ápolásra szoruló önellátó beteg

Nap	Ellátás típusa	Fő tevékenység	Ápoló TAJ száma	Nap	Ellátás típusa	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 megoszlása

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

Területi pótlék: igen nem

Dátum: év hó nap

.....

.....

Szolgáltató cégszerű aláírása

P. H.

Ellátást végző(k) aláírása

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 a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 1. számú melléklete szerinti ellátható feladatokból.

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

Vizitdíj-összesítés a betegellátás típusának és a beteg önellátó 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			
Önellátó 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 1-14 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:				

Szakirányú 15 vizittől	Alapdíj szorzók	Vizitek száma	Területi pótlékkal elszámolt vizitek száma	Vizitek díja (db x alapdíj)

Teljes ápolásra szoruló beteg	0,8			
Segítségére szoruló beteg	0,7			
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

SZAKÁPOLÓI, SZAKIRÁNYÚ TERÁPIÁS VIZITEK FINANSZÍROZÁSA

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

A beteg önellátó képességének foka	Szakápolási ellátás		Szakirányú terápiás szolgáltatások	
	elrendelhető vizitek száma			
	1-14-ig	további	1-14-ig	további
Teljes ápolást igénylő esetben	1,0	0,9	0,9	0,8
Részleges ápolást igénylő esetben	0,9	0,7	0,8	0,7
Önellátásra képes beteg esetében	0,8	0,5	-	-

B) Területi pótlék

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

Szakápolási fokozatok:

Teljes ápolásra szorulónak 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, parenterális táplálás és gyógyszerelés.

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

Foglalkozás-egészségügyi szakellátás rendelési ideje megyénként

Megye/főváros	Rendelési idő óra/hét
---------------	--------------------------

Budapest	180
Baranya megye	130
Bács-Kiskun megye	105
Békés megye	85
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	120
Csongrád megye	90
Fejér megye	90
Győr-Moson-Sopron megye	95
Hajdú-Bihar megye	120
Heves megye	85
Jász-Nagykun-Szolnok megye	110
Komárom-Esztergom megye	100
Nógrád megye	75
Pest megye	195
Somogy megye	85
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	150
Tolna megye	60
Vas megye	70
Veszprém megye	135
Zala megye	110

Kitöltési útmutató

1. Kórház neve

Az ellátást végző kórház neve. Elektronikusan nem továbbítandó

2. Osztály neve

A mezőbe az ellátást végző osztály neve kerül. Elektronikusan nem továbbítandó

3. Azonosító

Az ellátást végző kórház, osztály azonosítója

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. § *b), d)* és *e)* pontja szerint részleges térítés ellenében végzett ellátás, a részleges térítési díj összegének feltüntetése.

5. Személyazonosító típusa

0. a személyazonosító jel nincs kitöltve
1. TAJszám
2. 6 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma
3. útlevekszám
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 egészségbiztosítási rendszert fenntartó állam kódját, egyébként a beteg állampolgárságának kódját kell megadni

10. Anyja neve

A beteg anyjának a nevét kell megadni. Elektronikusan nem továbbítandó

11. A beteg leánykori neve

A beteg leánykori nevét kell megadni. Elektronikusan nem továbbítandó

12. A beteg neme

1. férfi
2. nő

Amennyiben nem állapítható meg, akkor a felvételt, 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 kíséret oka

1. Beteggel érkező hozzátartozó
2. Szült nő - újszülött kapcsolat (a kitöltést végző osztályos ellátás során történő szülések esetén kell alkalmazni)
3. Donor - transzplantált beteg kapcsolat
4. Egyéb

16. Lakcím

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

17/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.

17/b. Beutaló orvos kódja

A beutaló orvos 5 jegyű orvosi bélyegző száma

17/c. 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. intézetben 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
 2. nem sürgős ellátás
 3. egynapos ellátás
 4. kúraszerű ellátás
 5. aktív ellátás krónikus osztályon
- B. jogi elbírálás alapján
1. saját kérésre (önkéntes, a beteg tényleges vagy valószínűsíthető beleegyezésével)
 2. nem önkéntes (kényszergyógykezelt, bírósági szemlére kötelezett)

20. A felvétel ideje

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, ill. 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

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

Intézet/osztály azonosítója

A beavatkozást végző intézet vagy osztály azonosítója, a finanszírozási szerződés szerinti szervezeti egység 9 karakteres kódja. Onkológiai betegek kúraszerű ellátása esetén, ha a szakmai szabályok alapján az ellátás a beteg otthonában történik,

akkor az első négy karakterben az ellátásért felelős egészségügyi szolgáltató (intézet) kódját, az utolsó 5 karakterben öt nullát kell megadni.

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. ha 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

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

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

29. Újszülött súlya

Újszülött testsúlya felvételnél 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 szakmánként eltérően kell kitölteni
Az Adatlap minden pontja kötelezően kitöltendő

32. Elszámolási nyilatkozat

- 10 = az elszámolási nyilatkozat szabályszerű aláírása megtörtént
- 20 = az elszámolási nyilatkozat aláírása nem történt meg
- 30 = a biztosított által aláírt dokumentum igazolja, hogy nem ért egyet az elszámolási nyilatkozatban foglaltakkal
- 40 = a biztosított távozása vagy állapota miatt nem történt meg az elszámolási nyilatkozat aláírása
- 50 = a biztosított Vhr. 25/A. §-ának (4)-(5) bekezdése szerinti ellátása nem fejeződött be (másik osztályon folytatódik az ellátás, kúraszerű ellátás, részszámla)
- 60 = a Vhr. 25/A. §-ának (6) bekezdés alapján az elszámolási nyilatkozatot nem kell kiállítani.

33-34.

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. Vizsgálat típus kódja
13. Vizsgálat jellegének kódja
14. A vizsgálatra küldő orvos pecsétje
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

Beküldendő minden hó 10-éig, a területileg illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárhoz.

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

Havi betegszállítási teljesítményjelentés adattartalma

Betegszállítási jelentés

1. Jelentési időszak
2. Megye kódja
3. Betegszállító szolgáltató kódja
4. Betegszállító állomás azonosító kódja
5. Betegszállítási adatlap sorszáma
6. Szállítás típusa
7. Betegszállítási eset típusa
8. A beteg társadalombiztosítási azonosító jele vagy egyéb azonosítója
9. Térítési kategória
10. Betegszállító jármű forgalmi rendszáma
11. Esemény dátuma
12. Betegfelvétel ideje
13. Betegátadás ideje
14. Km-óra állása beteg felvételekor
15. Km-óra állása beteg átadásakor
16. Hasznos km száma

17. A kapcsolt betegszállításért járó többlet km
18. Kíséret típusának jele
19. Megrendelő orvos kódja
20. Kísérő azonosítója, TAJ
21. A szállítás indokául szolgáló BNO
22. Betegfelvevő egészségügyi intézmény kódja
23. Betegátadó egészségügyi intézmény kódja
24. Betegfelvétel helye (közig. kódja)
25. Betegátadás helye (közig. kódja)

Dátum: év hó nap

.....
szolgáltató

Beküldendő minden hónap 10-éig, a területileg illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárhoz.

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 naplószám
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

Beküldendő minden hónap 10-éig, a területileg illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárhoz.

17/A. számú 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 (pecsétszáma)
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 kiszereleti egysége, felhasznált kiszereleti 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

Beküldendő minden hónap 10-ig, a területileg illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárhoz.

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

A műveseállomások által végzett dialíziskezelések jelentésének adattartalma

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 dialíziskezelés típusának kódja
5. A dialíziskezelés során beültetett katéter jelentésére szolgáló azonosító
6. Mobil kezelések 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 dialíziskezelés időpontja (év, hónap, nap), kezdetének és befejezésének ideje (óra, perc)
13. Az ellátás jellegére utaló kódszám
14. Mobil kezelést indikáló orvos azonosítója (pecsétszáma)
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 irányítószáma
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 dialíziskezelésének 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/l 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. Elszámlási nyilatkozat

Dátum: év hó nap

.....
szolgáltató

Beküldendő minden hónap 10-éig, a területileg illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárhoz.

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

20. számú 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 rekordképeinek 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

Kitöltési útmutató

A jelentés rekordképeinek 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 = Tétéles betegforgalmi jelentés

Ellátottak száma

Tartalma:

A jelentés hónapjában ellátottak száma

Háziorvosi program azonosítója és verziószáma

Tartalma:

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

Betegforgalmi napló sorszáma

A biztosított törzskartonjának sorszáma

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.

Tartalma:

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 = útleveleszám (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 kórállapot
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 kórállapot
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

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, keresőképtelenséget 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 = labor diagnosztika
2 = képalkotó diagnosztika
3 = egyéb diagnosztika
4 = konzílium
5 = terápia
6 = adminisztratív ok
7 = saját labor- és eszköz diagnosztika

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 = közgyógy. igazolványra
002 = Eü. rendelkezésre
003 = Eü. térítésköteles
004 = HM jogcímen
005 = Üzemi baleset jogcímen
ALT = Általános

- a) az OEP által kiutalt tárgyhavi teljesítmény szerinti finanszírozás adatai,
- b) EüM-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) fekvő beteg beavatkozási törzs,
- d) fogászati beavatkozási törzs,
- e) gyógyszer-törzs,
- f) besorolási kézikönyv.

4. Statisztikai adatok

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

B)

C) Jelentési kötelezettség a EüM részére:

1. Háziorvosi 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 teljesítményadatok, 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 (háziorvosi betegforgalmi adatok, fogászati stb.)
11. Irányított betegellátásban részt vevő szervezetek teljesítmény- és finanszírozási adatai
12. Tételes és nagy értékű 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 indokáló 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

Beküldendő minden hónap 10-éig, a területileg illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárhoz.

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 alaplíj 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 teljesítményvolumen különbözetének 50%-a.

2. Az 1. pont szerinti teljesítményvolumen megoszlása	
2.1. nem tervezhető ellátásokra	41,7%
2.2. tervezhető ellátásokra	58,3%
3. A tervezhető ellátásokra jutó 2.2. pont szerinti értékből	
3.1. aktív fekvőbeteg-szakellátásra	15%
3.2. krónikus fekvőbeteg-szakellátásra	30%
3.3. járóbeteg-szakellátásra	40%
3.4. egynapos beavatkozások bővítésére	5%
3.5. tartalék	10%

4. Területi ellátási kötelezettség alapján felosztható keret: a 2.1. és a 3.1. pont szerinti teljesítményvolumen összege.

5. A 3.5. pont szerinti tartalék a 41/2007. (III. 13.) Korm. rendelet 1. §-ának (9) bekezdése alapján a folyamatos ellátás biztosítása vagy egyéb ellátási érdekből szükséges az egészségügyi miniszter által engedélyezett eltérő finanszírozás fedezetére szolgál. A tartalék felhasználásáról az OEP havonta a finanszírozási tervvel egyidejűleg tájékoztatja az egészségügyi minisztert és a pénzügyminisztert.

6. A járóbeteg-szakellátás országos teljesítményvolumenének mértéke 2007. II. félévére: 36,1 milliárd pontszám.

7. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás országos teljesítményvolumenének mértéke 2007. II. félévére: 1 044 540 súlyszám, amely tartalmazza a 3.5. pont szerinti tartalékokat.

8. A CT, MRI szakellátás országos teljesítményvolumenének mértéke 2007. II. félévére 4,2 milliárd pontszám.

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

ADATLAP orvosbiológiai kutatásokról

1. Protokoll szám:																			
2. Engedély kelte:																			
3. Orvosbiológiai kutatás megnevezése:																			
4. A vizsgálat kezdete:																			
6. A vizsgálatot végző szolgáltató neve:										5. A vizsgálat befejezése:									
7. A vizsgálatot végző szolgáltató azonosítója:																			
8. Térítési kategória:										9. Személyazonosító típusa:									
10. Személyazonosító jel:										11. Ellátás típusa:									
12. Vizsgálatot végző orvos kódja:																			
13. DIAGNÓZISOK															Kód				

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 *l)* pontja szerinti, kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében végzett beavatkozást tartalmazó ellátása

G magyar biztosítással rendelkező beteg, az Ebtv. 18. § (6) bekezdés *l)* 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

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. Az 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. szepikus 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)

- 5. 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. Fogalommeghatározások:

a) *viszonyítási időszak*: 2007. április-2007. június hónap,

b) *case-mix index*: a Kr. 2. § 1) 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_i (ahol r_i természetes szám), továbbá $0 < r_i < n+1$ és a nagyobb mutató értékhez nagyobb r_i tartozik, akkor az intézmény összesített rangsorszám

(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 rangsorszámát 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

2009. évre vonatkozó teljesítményvolumen értéke és annak felosztása

1. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás országos teljesítményvolumenének mértéke 2009. évre: 2 240 000 súlyszám, amelynek terhére kell elszámolni az összes aktív fekvőbeteg-ellátásba tartozó TVK alá tartozó teljesítményt.

2. A járóbeteg-szakellátás, valamint a CT, MRI szakellátás országos teljesítményvolumenének együttes mértéke 2009. évre: 79 544 737 ezer pontszám, amelynek terhére kell elszámolni az összes járóbeteg-szakellátásba, illetve CT, MRI szakellátásba tartozó TVK alá tartozó teljesítményt.

Az 1. és 2. pontok szerinti országos teljesítményvolumen 10%-a tartalékot képez, amely a folyamatos ellátás biztosítása, vagy egyéb ellátási érdekből az egészségügyi miniszter által engedélyezett finanszírozás fedezetére szolgál.

Az 1. és 2. pontok szerinti ellátások havi teljesített felhasználásáról az OEP havonta a finanszírozási tervvel egyidejűleg tájékoztatja az egészségügyi minisztert és a pénzügyminisztert.

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
TA 004	Rendelőn kívül végzett vizsgálat	20
TA 005	Konzílium, rendelőn kívül	20
TA 012	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		
TA 169	Egyéni megelőző tanácsadás	5
TA 170++	Csoportos megelőző tanácsadás	10
TA 183++	Csoportos felvilágosítás, tanácsadás rendelőn kívül	20
TA 184	Fogászati várandósgondozás (tanácsadás, szűrővizsgálat)	10
TA 185	Fogorvosi szűrővizsgálat (18 éves korig, illetve 18. év feletti középfokú, nappali rendszerű iskolai oktatásban részt vevőknél)	5
TA 186	Fogorvosi szűrővizsgálat, felnőttnek	10
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
TA 021	Intraorális érzéstelenítés	3
V. Megtartó fogászat (konzerváló és endodoncia)		
FA 098	Gyökérkezelés	5
TA 100	Amalgám tömés készítése maradó fogban, egy felszínen	15
TA 101	Amalgám tömés készítése maradó fogban, több felszínen	20
TA 102	Esztétikus tömés készítése maradó fogban, egy felszínen	20
TA 103	Esztétikus tömés készítése maradó fogban, több felszínen	25
TA 104	Polírozás, finírozás tömésenként	10
TE 105	Inlay, onlay készítése	50
TA 107	Gyökértömés készítése	10
TA 116	Gyökértömés eltávolítása	15
TA 109	Fogkorona felépítése gyári csappal	30
TA 110	Fog trepanálása és/vagy fogbél exstirpálása	10
FA 112	Ideiglenes tömés készítése	5
FA 116	Érzékeny fogfelszín kezelése	3
VI. Szájbetegségek és parodontológia		
TB 110	Parodontális státuszfelvétel	8
TA 114	Tasak gyógyszeres kezelése	5
TA 111	Fogkő eltávolítása, supra- és subgingivalisan	15
TA 112	Fogkő eltávolítása, supra- és subgingivalisan (súlyos általános alapbetegségnél)	15
TB 113	Lebenyes tasakműtét	30
TB 114	Gingivectomy	5
TB 115	Tasak kezelése zárt kürettázzsal	5
TB 116	Csontpótló anyag behelyezése	20
TB 117	Írányított szövetregeneráció membrán alkalmazásával	20
TB 119	Komplikált szájnyálkahártya betegségek helyi kezelése	10
TA 120+++	Fogak sínezése	15
TA 121+++	Síneltávolítás	15
TB 126	Fogak becsiszolása	15
VII. Dentoalveoláris sebészet		
TB 127	Műtéti utókezelés (kontroll, sebkezelés, csíkcseré, varratszedés, átöblítés)	10
TA 020	Lézerkezelés (soft)	7
FA 169	Állkapocs luxatio repozíciója	10
TA 130	Fogeltávolítás	10
TB 131	Fogeltávolítás feltárással	20
TB 132	Retineált vagy impaktált fog eltávolítása	25
TA 135	Alveolus excochleatio sebellelátással	10
TB 137	Nyálkő eltávolítása invazív módon	10
TA 138	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	Cystectomy	25
TB 144	Cystostomia, cysta-marsupialisatio	25
TB 145	Orális plasztika	20
FA 147	Fogrepozíció	20
TA 148	Fogreplantáció	20
TE 149	Intraossealis implantatum behelyezése	20
TE 155	Intraossealis implantatum eltávolítása	10
TB 150	Vaporisatio, lézer, kryo, elektroauterrel 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
TA 155	Vérzéscsillapítás	10
TA 156	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	Állesont reláció meghatározása	20
TA 171	Egyszerű előkészítést igénylő korona („szóló”) behelyezése	15
TA 172	Vállas előkészítést igénylő korona („szóló”) behelyezése	15
TA 161	Gyökércsapos fogmű behelyezése	15
TA 162	Híd - horgony behelyezése	15
TA 163	Hídtest behelyezése	5
TA 164	Korona, híd eltávolítása	10
TA 165	Részleges lemezes fogpótlás behelyezése	10
TA 166	Teljes lemezes fogpótlás behelyezése	5
TA 167	Korona és/vagy híd visszaragasztása	15
TA 168	Harapásemelő behelyezése	10
TE 169	Speciális fogpótlások behelyezése	20
TE 170	Oro-maxillo-faciális protetikai rehabilitáció	200
TE 171	Állkapocs diszfunkció kezelése	20
FA 172	Fogsorpróba	10
TA 173	Fogpótlás korrekció	10
TA 179	Lemezes fogpótlás alábélelése rendelőben	30
TA 181	Lemezes fogpótlás alábélelése fogtechnikai laboratóriumban lenyomat alapján	15
TA 178	Lemezes fogpótlás javítása	15
TB 179	Instrumentális okklúziós analízis és korrekció	60
FA 181	Csonk preparáció	15
FA 182	Vázpróba	10
FA 191	Rögzített fogpótlás készítéséhez lenyomatvétel	25

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	Tejfgőtömés - egy felszínen	10
TA 198	Tejfgőtömés - több felszínen	15
FA 200	Dentíciós panaszok ellátása	5
X. Fogszabályozási szolgáltatások		
TB 208	Kivehető fogszabályozó készülék adaptálása, aktiválása	10
TB 209	Rögzített fogszabályozó készülék aktiválása, ellenőrzése	10
TB 210	Ortodonciai mérések	35
TA 211	Kisfokú fogazati eltérés szabályozásának megkezdése	15
TA 212	Kisfokú fogazati eltérés szabályozásának befejezése	15
TB 213	Közepes fokú fogazati eltérés szabályozásának megkezdése	20
TB 214	Közepes fokú fogazati eltérés szabályozásának befejezése	20
TB 215	Nagyfokú fogazati eltérés szabályozásának megkezdése	25
TB 216	Nagyfokú fogazati eltérés szabályozásának befejezése	20
TB 219	Veleszületett súlyos fejlődési rendellenességek (pl. ajak szájpadhasadék és fogazati eltéréssel járó szindrómák) fogszabályozási ellátásának megkezdése	50
TB 220	Veleszületett súlyos fejlődési rendellenességek (pl. ajak szájpadhasadék és fogazati eltéréssel járó szindrómák) fogszabályozási ellátásának befejezése	30
TB 217	Retenciós kezelési fázis megkezdése	20
TB 218	Retenciós kezelési fázis befejezése	20
TA 219	Preventív, illetve kiegészítő fogszabályozási tevékenység	15
FA 220+	Rossz szokásról való leszoktatás megkezdése	5
FA 221+	Rossz szokásról való leszoktatás befejezése	5
TB 222	Rögzített fogszabályozó eltávolítása, fluoridálás, polírozás	25
TB 225	Bracketragasztás (újaragasztás)	5
TB 226	Gyűrűragasztás (újaragasztás)	5
TB 227	Ívcsere	5
TB 228	Szekciós ív bekötése	8
TB 229	Fogfelszabadítás	15

Megjegyzések, rövidítések:

A fogorvosi szolgáltatások kódja 5 pozíciós.

Az első 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: év hó 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:	

.....

<input type="checkbox"/> Szakápolás (1)	<input type="checkbox"/> Szociális tevékenység szervezése** (5)
<input type="checkbox"/> Tartós fájdalomcsillapítás (2)	<input type="checkbox"/> Diétás gondozás/tanácsadás (6)
<input type="checkbox"/> Mentálhigiénés gondozás/tanácsadás (7)	<input type="checkbox"/> Gyógyszerelés tervezése/ellenőrzése (8)
<input type="checkbox"/> Gyógytorna (3)	<input type="checkbox"/> Fizioterápia (4)
<input type="checkbox"/>	

Javaslatot tevő orvos neve:	Pecsét száma:
Elrendelő orvos neve:	Pecsét 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:	Férfi	Nő
..... Neme:		
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.