

**291/2009. (XII. 18.) Korm. rendelet**

**az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának  
részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról**

Hatályosság: 2009.12.19 - 2010.05.02

A Kormány a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (2) bekezdés *a*) pontjában foglalt felhatalmazás alapján, az Alkotmány 35. § (1) bekezdés *b*) pontjában megállapított feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

**1. §** Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kr.) 5. § (3) bekezdés *b*) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

„*b*) ha a fekvőbeteg-szakellátást igénybe vevő adatai azonos ellátási napon egyéb ellátási formában is jelentésre kerülnek, ez alól kivételt képeznek krónikus fekvőbeteg-szakellátás esetén a CT, MRI diagnosztikai vizsgálatok, az újszülöttek járóbeteg-szakellátásban jelenthető szűrővizsgálata, a dialízis ellátások, továbbá az R. 8. számú melléklete szerinti ellátások. **Az otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás esetében egy elrendelő lap alapján végzett teljes ellátási időszak hibásnak minősül, ha azonos időszak alatt fekvőbeteg-szakellátás igénybevétele is jelentésre kerül.**”

**2010. január 1-jén lép hatályba**

**első alkalommal a 2010. január havi teljesítmények elszámolásánál kell alkalmazni**

*b*) ha a fekvőbeteg-szakellátást igénybe vevő adatai azonos ellátási napon egyéb ellátási formában is jelentésre kerülnek, ez alól kivételt képeznek krónikus fekvőbeteg-szakellátás esetén a CT, MRI diagnosztikai vizsgálatok, az újszülöttek járóbeteg-szakellátásban jelenthető szűrővizsgálata, a dialízis ellátások, továbbá az R. 8. számú melléklete szerinti ellátások.

**2. §** A Kr. 11. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) A háziorvosi szolgálat a díjazás ellenében köteles a jogszabályokban előírt feladatokat ellátni, így különösen a dokumentált és havonta összesített gyógyítási munkát, gondozási feladatokat, megelőzési és szűrési tevékenységet. **A finanszírozó a háziorvosi ellátás minőségi színvonalának emelése céljából a háziorvosi szolgálat típusának megfelelő mutatókat képez a szolgálat gyógyító-megelőző tevékenysége és adatszolgáltatása alapján, melyekről havi rendszerességgel értesíti az adott szolgálat működtetőjét.**”

**2010. január 1-jén lép hatályba**

(2) A háziorvosi szolgálat a díjazás ellenében köteles a jogszabályokban előírt feladatokat ellátni, így különösen a dokumentált és havonta összesített gyógyítási munkát, gondozási feladatokat, megelőzési és szűrési tevékenységet.

**3. §** A Kr. 14. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

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

- |   |             |
|---|-------------|
| a) fővárosban, városban   | 26 000 Ft,  |
| b) községben  | 30 000 Ft,  |
| c) több teljes településre vagy több település részeire kiterjedő körzetben | 38 000 Ft,  |
| d) ha a körzet ellátási területéhez külterületi lakott hely is tartozik     | 43 000 Ft.” |

**2010. január 1-jén lép hatályba**

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

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

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

**4. § A Kr. 22. §-a a következő új (8) bekezdéssel egészül ki:**

„(8) A fogászati szakellátást nyújtó szolgáltató - ideértve az egyetemi szakellátást nyújtó szolgáltatót is - abban az esetben jogosult a **(4) és (5) bekezdés** szerinti alapdíjra, ha a tárgyhónapban a díjazással érintett szakrendelés szolgáltatást nyújt.”

**2010. január 1-jén lép hatályba**

(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 szolgálatai 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, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ 360,
- d) Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum 360,
- e) Fővárosi Önkormányzat 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 szolgálatonként, illetve szakrendelésenként, heti 30 órás rendelési idő esetén 1900 pontnak megfelelő összegű havi alapdíjra jogosult. A fogászati szakellátást nyújtó szolgáltató szakrendelésenként, heti 30 órás rendelés esetén az alábbi korcsoportos pontszámnak megfelelő összegű havi alapdíjra jogosult:

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

Amennyiben a rendelési idő nem éri el a heti 30 órát, az alapdíj időarányos része illeti meg a szolgáltatót.

**5. § A Kr. 23. § (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:**

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

**2010. január 1-jén lép hatályba**

(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 alapdíj 60%-ára jogosult. Nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgáltató a praxis ellátására a teljes rendelési időben másik szakorvost foglalkoztat.

**6. § A Kr. 26. §-a a következő új (6) bekezdéssel egészül ki:**

„(6) Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató az OEP által biztosított program felhasználásával folyamatosan köteles elektronikus úton (on-line) jelenteni az OEP számára a rendelkezésére álló finanszírozott ágyak státuszát. Az aktív ágy a jelentés szempontjából foglalt, előfoglalt és szabad besorolásúnak minősülhet. Az OEP a szabad ágyakról

folyamatosan on-line tájékoztatja az Országos Mentőszolgálat irányító központját a sürgősségi betegelhelyezés zavartalan biztosítása érdekében.”

**2010. január 1-jén lép hatályba**

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

a) az Eb. tv. rendelkezése szerint térítésmentes, illetve részleges térítéssel ellátást nyújt, és

b) a 4. § (4) bekezdésében foglalt kivétellel a biztosított TAJ- számát, és a részére nyújtott ellátást a beteg dokumentációjában rögzítette.

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

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

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

a) járóbeteg-szakellátási teljesítményként,

b) otthoni szakápolási teljesítményként,

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

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

**7. § A Kr. 27/A. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:**

„(3) Aktív fekvőbeteg-szakellátásra, illetve járóbeteg-szakellátásra lekötött kapacitás járóbeteg-szakellátás keretében végezhető egynapos ellátásra történő átcsoportosítása esetén az átcsoportosításra kerülő kapacitásra jutó TVK-val kell csökkenteni a szolgáltató aktív fekvőbeteg-szakellátási, illetve járóbeteg-szakellátási TVK-ját.”

**2010. január 1-jén lép hatályba**

(3) Az aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitások Eftv. alapján más ellátási formára történő átcsoportosítása esetén egy aktív fekvőbeteg-szakellátási ágy helyébe

a) egy krónikus fekvőbeteg-szakellátási ágy, vagy

b) legfeljebb heti 6 járóbeteg-szakellátási rendelési óra, vagy

c) egynapos ellátásra az adott szakma átcsoportosított aktív fekvőbeteg-szakellátási ágára jutó havi átlagos teljesítmény 100%-a

állapítható meg.

**8. § A Kr. 28. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:**

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

**2010. január 1-jén lép hatályba**

**2009. november havi teljesítmények elszámolásánál kell alkalmazni**

(4) 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.

**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.

**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) betegkísérő közreműködését igénylő szállítás esetén betegenként 750 forint,

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

(3) Többletkilométerként több beteg együttes (kapcsolt) szállítása esetén a beteg felvételi és az utalványon megjelölt érkezési helye közötti legrövidebb útszakasz vehető figyelembe, a közösen megtett útszakasz kilométereinek 0,2-szerese számolható el 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 üzemem kívül kellett helyezni.

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

**46. § (1)** Az OEP a dialízis ellátások országosan egységes alaplására 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.

**9. §** A Kr. 30/A. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(4) Az OEP az OVSZ díjmegettérítési, valamint az OVSZ és a szolgáltató által a vérrel való ellátásra kötött szerződésben meghatározott kamat követelését 8 napon belül megküldi a felhasználó egészségügyi szolgáltatónak, és amennyiben a szolgáltató az értesítés kézhezvételétől számított 10 napon belül pénzügyi bizonylattal nem igazolja fizetési kötelezettségének teljesítését, a soron következő finanszírozási összeg átutalásakor a követelés mértékével csökkenti az intézmény számlájára átutalandó összeget, és a tartozásnak megfelelő összeget átutalja az OVSZ részére. Amennyiben a követelés mértéke meghaladja az intézmény esedékes finanszírozási összegének 5%-át, az OVSZ követelésének teljesítése több részletben, a havi finanszírozás összegének legfeljebb 5%-áig terjedően történik.”

**2010. január 1-jén lép hatályba**

(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.

**10. §** A Kr. 32. §-a a következő (4) bekezdéssel egészül ki:

„(4) A CT, MRI berendezés cseréje esetén az ellátást nyújtó szolgáltató TVK-ját módosítani kell a CT, MRI berendezés korábbi éves átlagos teljesítményének időarányos részével, amennyiben az a TVK megállapításakor nem került figyelembevételre a bázis teljesítményben és amennyiben az R. 3. § (3) bekezdése szerint bekövetkezett változás időpontjában a TVK módosításra került.”

**2010. január 1-jén lép hatályba**

**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 fekvőbeteg osztályon kezelés alatt álló beteg részére nyújtott CT, MRI vizsgálat, ideértve az aktív fekvőbeteg ellátással összefüggésben a felvétel és az elbocsátás napján elvégzett vizsgálatot is.

**11. §** A Kr. 35. § (5) bekezdés *b*) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

*(Az otthoni hospice ellátást a 30. számú melléklet szerinti nyomtatványon elrendelheti)*

„*b*) az *a*) pont szerinti szakorvosnak vagy az otthoni hospice ellátást végző szolgáltató palliatív jártasságú szakorvosának vagy palliatív mobil csoport (mobil team) palliatív jártasságú szakorvosának a javaslata alapján a házi orvos.”

**2010. január 1-jén lép hatályba**

(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 házi orvos.**

**12. §** (1) A Kr. 37. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(4) A 8. számú melléklet szerinti krónikus rehabilitációs betegellátás súlyozási szorzói a finanszírozási összegek megállapítására csak azon szolgáltatók rehabilitációs osztályain nyújtott ellátás finanszírozásához alkalmazhatók, amelyek rendelkeznek működési engedéllyel és **megfelelnek a 8/A. számú mellékletben meghatározott szakmai szempontoknak.** A feltételek fennállását az illetékes REP az év negyedik negyedévében lefolytatott ellenőrzés alapján állapítja meg. **Ha az ellenőrzés azt állapítja meg, hogy a szolgáltató nem felel meg a 8/A. számú mellékletben meghatározott szakmai feltételeknek, tevékenysége alacsonyabb szakmai szorzóval vagy krónikus szakfeladatnak megfelelő szorzóval vagy ápolási szakfeladatnak megfelelő szorzóval kerül finanszírozásra. Ha a szolgáltató magasabb színvonalú szakmai feltételeknek felel meg, akkor tevékenysége a szakmai minősítésének megfelelően kerül finanszírozásra. A szolgáltató a módosított besorolás szerinti teljesítménydíjra az ellenőrzést követő év január 1-jétől jogosult.”**

**kihirdetését követő napon lép hatályba**

**első alkalommal a REP által lefolytatott ellenőrzés lezárását követő hónap teljesítményeinek elszámolásánál kell alkalmazni**

(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.

(2) A Kr. 37. § (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(5) A 8. számú mellékletben meghatározott krónikus ellátások esetén

a) teljesítmény csak olyan osztályról - a 00017 és a 00022 kódszámú ellátást nyújtó osztály kivételével - számolható el, amelynek ágyszáma eléri vagy meghaladja a tizet;

b) ha a 00015 kódszámú krónikus osztályon a folyamatos orvosi tevékenység feltételei nem biztosítottak, a teljesítmény elszámolásánál a 00001 kódszámú ápolási tevékenység szakmai szorzóját kell alkalmazni;

**2010. február havi teljesítmények elszámolásától kell alkalmazni**

c) a 00001 kódszámú ápolási tevékenységet nyújtó osztályról jelentett ápolási eset után elszámolt teljesítménydíjat a felvétel hónapját követő hetedik hónaptól 25 százalékkal, a tizenharmadik hónaptól 50 százalékkal csökkenteni kell;

**2009. december 31-ét követően felvett betegek ellátásának elszámolásában kell alkalmazni**

d) a 00015 kódszámú szakmai csoportba sorolt krónikus osztályról jelentett ápolási eset a felvétel hónapját követő negyedik hónaptól a 00001 kódszámú ápolási tevékenység szakmai szorzó alkalmazásával számolható el.

**2009. december 31-ét követően felvett betegek ellátásának elszámolásában kell alkalmazni**

A c) és d) pont szerinti elszámolási szabályokat - az ellátás helyétől függetlenül - a felvétel hónapjától számított egy éven belül együttesen kell alkalmazni.”

**2010. január 1-jén lép hatályba**

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

(3) A Kr. 37. § (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(6) Amennyiben a 16-35 év közötti drog- és szenvedélybeteg személyek rehabilitációs ellátását végző szolgáltató a Magyar Köztársaság költségvetéséről szóló törvény alapján normatív hozzájárulásban részesül, akkor a 00021 kódszám szerinti teljesítménye 0,7 szorzóval számolható el.”

(6) .....

**2010. február 1-jén lép hatályba azzal, hogy rendelkezését első alkalommal a hatálybalépését követő kifizetéseknél kell alkalmazni**

(4) A Kr. 37. § (7) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép, ezzel egyidejűleg a jelenlegi (7) bekezdés jelölése (8) bekezdésre módosul:

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

**2010. január 1-jén lép hatályba**

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.

**13. §** A Kr. 43/A. §-a a következő (3) és (4) bekezdéssel egészül ki, ezzel egyidejűleg a jelenlegi (3) és (4) bekezdés jelölése (5) és (6) bekezdésre módosul:

„(3) Finanszírozó a szolgáltatótól az (1) bekezdés szerinti gyógyszerek finanszírozásához az R. 1/A. számú mellékletében meghatározott indikációkban a **gyógyszeralkalmazás szakmai feltételeinek ellenőrzése céljából az adott gyógyszer alkalmazási előírásában és a vizsgálati és terápiás eljárási rendben meghatározott kiegészítő adatokat kérhet.**

(4) A szolgáltató a (3) bekezdés szerinti adatszolgáltatást a (2) bekezdésben meghatározottak szerint **köteles elektronikus formában teljesíteni a finanszírozó felé.** Hiányos vagy hibás adatszolgáltatás esetén a szolgáltatóra az 5. § (1) bekezdésében foglaltak az irányadóak.”

**2010. január 1-jén lép hatályba**

**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 szolgáltatóként 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.

**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.*

**14. §** (1) A Kr. 5. számú melléklete helyébe e rendelet 1. melléklete szerinti melléklet lép.

**2010. január 1-jén lép hatályba**

(2) A Kr. e rendelet 2. melléklete szerinti 8/A. számú melléklettel egészül ki.

**kihirdetését követő napon lép hatályba**

(3) A Kr. 14. számú melléklete helyébe e rendelet 3. melléklete szerinti melléklet lép.

**2010. május 1-jén lép hatályba**

**15. §** (1) A Kr. 20. számú mellékletében a „**Háziorvosi betegforgalmi tevékenység tételes jelentése**” alcím utolsó sora a „Szűrés diagnózis BNO kód” szövegrészt követően kiegészül az „, , OENO kód” szöveggel.

**kihirdetését követő napon lép hatályba**

(2) A Kr. 20. számú mellékletének az a „Kitöltési útmutató” alcímében az „A rendelés jogcíme Tartalma:” szövegrészt követő, a „Szűrés kód: Tartalma” szövegrészt megelőző szövegrész helyébe a következő rendelkezés lép:

(A rendelés jogcíme

Tartalma:)

„001 = Közgyógyellátási igazolványra

002 = Eü rendelkezésre (Eü. kiemelt)

003 = Eü térítés köteles (Eü. emelt)

004 = HM jogcímen

005 = Üzemi baleset jogcímen

011 = EÜ90 expedíálása közgyógyellátási igazolványra

012 = Közgyógyellátási igazolványra történő eladás (kiemelt)

ALT = Általános (Normatív)

ONT = Nem támogatott gyógyszer

991 = Külön engedélyes gyógyszer (egyedi támogatás)”

(3) A Kr. 28. számú melléklet **(2010. évre vonatkozó TVK keretek)** 3. pontja a „szeptember 8,08% 7,91%” sort követően a következő sorral egészül ki:

(Az egyes ellátási formák országos szezonális indexe:)

„október 8,64% 8,03%”

**16. §** (1) Ez a rendelet - a (2)-(4) bekezdésben foglalt kivétellel - a kihirdetését követő napon lép hatályba.

(2) Az 1-11. §, a 12. § (2) és (4) bekezdése, a 13. §, a 14. § (1) bekezdése, a 15. § (2) és (3) bekezdése, valamint e § (6) bekezdése, továbbá az 1. melléklet 2010. január 1-jén lép hatályba.

(3) A 12. § (3) bekezdése 2010. február 1-jén lép hatályba azzal, hogy rendelkezését első alkalommal a hatálybalépését követő kifizetéseknél kell alkalmazni.

(4) A 14. § (3) bekezdése és a 3. melléklet 2010. május 1-jén lép hatályba.

(5) A Kr.

4. § (4) bekezdésében a „6. hónap” szövegrész helyébe a „második hónap” szöveg,

(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.

4. § (8) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

4. § (10) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

5. § (1) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrészek helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

13. § (3) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

17. § (1) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

21. § (15) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

23. § (1) bekezdésében az „a fogászati szolgálat” szövegrész helyébe az „a fogorvosi szolgálat” szöveg, 24. § (2) bekezdésében az „a fogászati szolgálat” szövegrész helyébe az „a fogorvosi szolgálat” szöveg, 25. § (1) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

26/A. § (3) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

30. § (3) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

30. § (11) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

30/A. § (2) bekezdésében az „a követelés lejártától számított 30 napon belül” szövegrész helyébe az „a követelés lejártától számított 8 napon belül” és az „a késedelembe esett szolgáltató 30 napon belül” szövegrész helyébe az „a késedelembe esett szolgáltató 10 napon belül” szöveg,

(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.



30/A. § (3) bekezdésében a „30 napos határidő” szövegrész helyébe a „10 napos határidő” és a „határidős díjmegterítés” szövegrész helyébe a „díjmegterítés” szöveg,

(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 díjmegterítés céljából – eljuttatja az OEP részére.

32. § (3) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

33. § (1) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

33/A. § (2) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

35. § (8) bekezdésében a „kerül meghatározásra” szövegrész helyébe az „a szolgáltató ellátási területéhez tartozó települések lakosság száma alapján kerül meghatározásra” szöveg,

(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 – megkötí 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.

35. § (16) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

43. § (2) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

43/A. § (2) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

44. § (3) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

46. § (3) bekezdésében a „hónap 10. napjáig” szövegrész helyébe a „hónap 5. napjáig” szöveg,

28. számú melléklet 1. pontjában a „2010. szeptember” szövegrész helyébe a „2010. október” szöveg és a „63 158 333 333 pontszám” szövegrész helyébe a „68 900 000 000 pontszám” szöveg, 2. pontjában a „2010. szeptember” szövegrész helyébe a „2010. október” szöveg és az „1 833 337 súlyszám” szövegrész helyébe a „2 000 004 súlyszám” szöveg lép.

(6) Hatályát veszti a Kr. 6/B. § (2) bekezdése.

#### **2010. január 1-jén lép hatályba**

(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.

(7) Hatályát veszti a Kr. 2. számú mellékletében a „Beküldendő minden hó 5-éig, a területileg illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárhoz.” szövegrész, 15. számú mellékletében a „Beküldendő minden hó 10-éig, a területileg illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárhoz.” szövegrész, 16. számú mellékletében, 17. számú mellékletében, 17/A. számú mellékletében, 18. számú mellékletében és 23. számú mellékletében a „Beküldendő minden hónap 10-éig, a területileg illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárhoz.” szövegrész.

(8) Hatályát veszti az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet 1. § (1) bekezdés c) pontja.

#### **1. § (1) E rendelet alkalmazásában többletkapacitás az**

a) az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (a továbbiakban: Tv.) alapján lekötött fekvőbeteg-szakellátási kapacitáson felüli fekvőbeteg-szakellátási kapacitás,

b) a Tv. alapján lekötött járóbeteg-szakellátási kapacitáson felüli járóbeteg-szakellátási kapacitás,

**c) a finanszírozási szerződés szerinti rehabilitáció szakmai minősítéséhez képest magasabb szakmai minősítés,**

d) a finanszírozási rendszerbe már befogadott, de adott szolgáltatónál az érvényes finanszírozási szerződése alapján nem finanszírozott speciális, magasabb felkészültséget igénylő ellátás végzése (ideértve \*HBCS és indexált OENO),

e) a szolgáltatónál létrejövő új ellátási forma, illetve az a nem átcsoportosítás útján létrejövő, a szolgáltató érvényes finanszírozási szerződése alapján nem finanszírozott szakma,

f) a szolgáltató szempontjából befogadásra javasolt, az 1. számú melléklet szerinti eszköz, illetve a többletjeljesítményt indukáló, vagy a progresszivitás magasabb szintjét jelentő eszközcsere,

g) az új, a szolgáltatónál korábban nem finanszírozott, külön jogszabályban meghatározott tételes elszámolás alá eső egyszer használatos eszköz, illetve gyógyszer,

h) az új, a szolgáltatónál korábban nem finanszírozott nagyértékű, még országosan el nem terjedt beavatkozás,

i) a finanszírozási szerződés szerinti dialízis kezelőhelyek és kezelési műszakok mértékét meghaladó kapacitás,

j) a finanszírozási szerződés szerinti sürgősségi ellátási formához képest magasabb fix összegű díjazással járó sürgősségi ellátási forma,

amely a Tv. alapján lekötött kapacitásához képest a magasabb összegű elszámolás és teljesítménynövekedés finanszírozása miatt többletforrás-igénnyel jár.

(9) A Kr. e rendelet 1. §-ával megállapított 5. § (3) bekezdés b) pontjában foglaltakat első alkalommal a 2010. január havi teljesítmények elszámolásánál kell alkalmazni.

(10) A Kr. e rendelet 8. §-ával megállapított 28. § (4) bekezdésében foglaltakat első alkalommal a 2009. november havi teljesítmények elszámolásánál kell alkalmazni.

(11) A Kr. e rendelet 12. § (1) bekezdésével megállapított 37. § (4) bekezdésében foglaltakat első alkalommal a REP által lefolytatott ellenőrzés lezárását követő hónap teljesítményeinek elszámolásánál kell alkalmazni.

(12) A Kr. e rendelet 12. § (2) bekezdésével megállapított 37. § (5) bekezdés b) pontjában foglaltakat a 2010. február havi teljesítmények elszámolásától kell alkalmazni. A Kr. e rendelet 12. § (2) bekezdésével megállapított 37. § (5) bekezdés c) és d) pontját a 2009. december 31-ét követően felvett betegek ellátásának elszámolásában kell alkalmazni. A 2010. január 1-je előtt felvett betegek esetében az elszámolást módosító ápolási idő számítását 2010. március 1-jétől kell alkalmazni.

(13) A Kr. e rendelettel megállapított **teljesítmény jelentési határidőre vonatkozó szabályait a 2009. december havi teljesítmény elszámolásokra kell először alkalmazni.**

(14) **A járóbeteg-szakellátás és az aktív fekvőbeteg-szakellátás esetében a 2009. december havi finanszírozás kiegészítésére szolgáló 6 milliárd forintot, az Összevont szakellátás 2010. évi előirányzata terhére, az OEP december hónapban utalványozza. A kiegészítés szolgáltatók közötti felosztása az október havi finanszírozási keret terhére elszámolt, előre meghatározott alapidővel finanszírozott teljesítmények arányában történik.**

(15) A (14) bekezdés szerinti felosztásnál

a) az országos feladatkörű speciális intézetek és a súlyponti kórházak esetében, és

b) a 24 órás, folyamatos betegfelvételt biztosító SO1 vagy SO2 szintű sürgősségi ellátást nyújtó szolgáltatók esetében, és

c) a Kr. 27. § (7) bekezdés a)-c) pontja szerinti szolgáltatást nyújtó szolgáltatók esetében, és

d) az önálló járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók esetében, amelyek minimálisan az alapszakmákkal és képalkotó diagnosztikával rendelkeznek, és a laboratóriumi ellátásokat saját maguk vagy közreműködő igénybevételel végzik, és a rendelkezésre állási idejük szakmánként a heti 20 órát meghaladja, és

e) a kizárólag járóbeteg-szakellátást és krónikus fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók esetében, amelyek megfelelnek a d) pont szerinti feltételeknek,

a teljesítményük tíz százalékkal növelt összegét kell figyelembe venni. A teljesítménynövelés csak egy jogcímen vehető figyelembe.

(16) Ez a rendelet 2010. május 2-án a hatályát veszti.

1. melléklet a 291/2009. (XII. 18.) Korm. rendelethez

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

Millió forint

Megnevezés		2010. évi előirányzat
	Háziorvosi, háziorvosi ügyelet ellátása	
	Praxisfinanszírozás	68 063,4
	Eseti ellátás díjazása	511,3
	Ügyeleti szolgálat	9 341,2
1.	Háziorvosi, háziorvosi ügyelet ellátása összesen	77 915,9
	Iskolaegészségügyi ellátás	1 856,0
	Védőnői ellátás	15 440,8
	Anya-, gyermek- és csecsemővédelem	450,5
	MSZSZ: gyermekgyógyászat	121,6
	MSZSZ: nőgyógyászat	96,3
2.	Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen	17 965,2
3.	Fogászati ellátás	22 264,4
	Gondozóintézeti gondozás	
	Nemibeteg gondozás	263,5
	Tüdőgondozás	1 045,7
	Pszichiátriai gondozás	542,2
	Onkológiai gondozás	267,0
	Alkohológia és drogellátás	181,6
4.	Gondozóintézeti gondozás összesen	2 300,0
5.	Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	5 780,2
8.	Művesekezelés	22 932,2
10.	Otthoni szakápolás	3 678,1
12.	Működési költségelőleg	1 000,0
	Célelőirányzatok	
	Bázisfinanszírozott fekvőbeteg szakellátás	10,0
	Méltányossági alapon történő térítések	39,2
	Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj	376,7
	Eseti kereset-kiegészítés fedezete	10 000,0
13.	Célelőirányzatok összesen	10 425,9
14.	Mentés	22 469,0
15.	Laboratóriumi ellátás	20 538,9
	Összevont szakellátás	
	Járóbeteg szakellátás + CT, MRI	115 156,7
	Fekvőbeteg szakellátás	400 335,1
	aktív fekvőbeteg szakellátás	344 109,3
	krónikus fekvőbeteg szakellátás	55 277,8
	bázis finanszírozású szakellátás (IRM BVOP)	948,0
	Extrafinanszírozás	17,7
	Speciális finanszírozású fekvőbeteg	31 852,8
16.	Összevont szakellátás összesen	547 362,3

21.	Gyógyító-megelőző ellátás céltartalék	3 000,0
	Összesen	757 632,1

Millió forint

Megnevezés	2010. évi előirányzat	6 milliárd felosztása	32 milliárd felosztása	Eseti kerestet-kiegészítés fedezete	2010. évi előirányzat
1. Háziorvosi, háziorvosi ügyelet ellátása összesen	77 915,9				77 915,9
2. Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen	17 965,2				17 965,2
3. Fogászati ellátás	22 264,4				22 264,4
4. Gondozóintézeti gondozás összesen	2 300,0				2 300,0
5. Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	5 780,2				5 780,2
8. Művesekezelés	22 932,2				22 932,2
10. Otthoni szakápolás	3 678,1				3 678,1
12. Működési költségelőleg	1 000,0				1 000,0
13. Célelőirányzatok összesen	425,9			10 000,0	10 425,9
14. Mentés	22 469,0				22 469,0
15. Laboratóriumi ellátás	20 538,9				20 538,9
16. Összevont szakellátás összesen	519 362,3	6 000,0	32 000,0	-10 000,0	547 362,3
21. Gyógyító-megelőző ellátás céltartalék	3 000,0				3 000,0
Összesen	719 632,1	6 000,0	32 000,0		757 632,1

”

2. melléklet a 291/2009. (XII. 18.) Korm. rendelethez

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

#### A rehabilitációs minősítési kritériumok

Feltétel	“A” minősítésű rehabilitáció kritériumai	“B” minősítésű rehabilitáció kritériumai	Minősítés nélküli rehabilitáció “C” kritériumai
1. Osztályvezető	az osztályt legalább 5 éves, igazolt rehabilitációs szakmai gyakorlattal rendelkező rehabilitációs szakorvos vezeti	az osztályt rehabilitációs szakorvos vezeti	az osztály vezetője nem szükséges, hogy rehabilitációs szakorvos legyen
2. Rehabilitációs szakorvos létszám	1 FTE** vagy több/50 ágy	0,75 vagy több, de kevesebb,	kevesebb, mint 0,75 FTE**/50 ágy

(beleértve a törzsképzését már teljesített, illetve a ráépített képzésben résztvevő szakorvosjelöltet*)		mint 1 FTE**/50 ágy	
3. Orvos létszám összesen (beleértve az 1. és a 2. pontban megnevezetteket)	20 ágyig 1 FTE**	25 ágyig 1 FTE**	30 ágyig 1 FTE**
	minden osztályon további 30 ágyanként 1 FTE**		
4/A. Összes, az adott osztály rehabilitációs profiljának megfelelő rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó***	> 1 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy	0,6–1 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy	< 0,6 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy
4/B. Mozgásszervi, neurológiai, illetve stroke rehabilitáció esetén a 4/A. pontban megnevezett összes szakdolgozó közül a gyógytornászok létszáma	> 0,6 gyógytornász/5 ágy	0,4–0,6 gyógytornász/5 ágy	< 0,4 gyógytornász/5 ágy
5. Átlagos ápolási idő	18 napnál több	16–18 nap	11–15 nap
6. Éves halálozás	5% alatt		

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

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

\*\*\* 4/A. pont szerinti szakdolgozónak minősül: dietetikus, egészségnevelő, ergoterapeuta, gyógytestnevelő, gyógytornász, humánkineziológus, konduktor, logopédus, mentálhigiénikus, pszichológus, szociális munkás, szociálpedagógus, szomatopedagógus, egyéb gyógypedagógus, fizioterápiás szakasszisztens, kardiológiai szakasszisztens a kardiológiai és légzés rehabilitáció esetében, diabetológiai szakasszisztens a belgyógyászati és gastroenterológiai rehabilitáció esetében, stomaterápiás nővér a gastroenterológiai rehabilitáció esetében.

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

Feltétel	1. Osztályvezető	2. Rehabilitációs szakorvos létszám	3. Orvos létszám összesen	4/A. + 4/B. Összes szakdolgozó létszám	5. Átlagos ápolási idő	6. Éves halálozás
minősítés						
A	A	A	A	A	A,B	A
A	A	A	A	B	A	A
A	A	B	A	A	A	A
B	A,B	A	A,B	A	A,B	B
B	A,B	A	A,B	B	A	B
B	A,B	B	A,B	A	A	B
B	A,B	A	B	A	A,B	A,B

B	A,B	A	B	B	A	A,B
B	A,B	B	B	A	A	A,B
B	B	A	A,B	A	A,B	A,B
B	B	A	A,B	B	A	A,B
B	B	B	A,B	A	A	A,B
B	A,B	A	A,B	A	C	A,B
B	A,B	A	A,B	B	B,C	A,B
B	A,B	B	A,B	A	B,C	A,B
B	A,B	B	A,B	B	A,B	A,B
B	A,B	A	A,B	C	A,B	A,B
B	A,B	C	A,B	A	A,B	A,B

Megjegyzés:

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

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

3. melléklet a 291/2009. (XII. 18.) Korm. rendelethez

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

### ADATLAP kórházi (osztályos) ápolási esetről

1. Kórház neve				2. Az osztály neve:			
3. Azonosító:		4. Térítési kategória:		4/A. Részleges térítés			
4/B. Részleges térítési díj összege:		5. Személyazonosító típusa:					
6. Személyazonosító jel:		7. Törzsszám:					
8. A beteg neve:				9. Érvényes biztosítás országa vagy a beteg állampolgársága:			
10. Anyja neve:				11. A beteg születési neve:			
12. A beteg neme:				13. Születés dátuma:			
14. A kísért beteg törzsszáma:		14/A. A beteg kíséretének oka:					
16. Lakcím:		16/A. Lakcím típusa:					
17/A. Beutaló orvos munkahelyének		17/B. Beutaló orvos kódja:					
17/C. Beutalást megalapozó ellátást igazoló		18. A felvétel jellege:			19. A felvétel típusa:		
20. A felvétel időpontja:		22. A távozás időpontja:					

23. A beteg további sorsa:	24. Az ellátó orvos kódja:	25. E-adatlap kitöltés:																												
<b>26. DIAGNÓZISOK</b>																														
Megnevezés										T	Kód		D																	
-1											1																			
-2											3																			
-3																														
-4																														
-5																														
-6																														
-7																														
-8																														
-9																														
-10																														
-11																														
-12																														
-13																														
-14																														
-15																														
-16																														
<b>27. BEAVATKOZÁSOK</b>																														
Megnevezés	Intézet/osztály azonosítója	Dátum	J	N	S	F	M	A	T	Kód	L	db																		
-1																														
-2																														
-3																														
-4																														
-5																														
-6																														
-7																														
-8																														
-9																														
-10																														
29. Újszülött súlya (g):		30. Baleset minősítése:																												
31. Felhasználói mezők:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
32. Elszámolási nyilatkozat																														

Dátum: ..... év ..... hó ..... nap .....  
az ellátásért felelős orvos

## Kitöltési útmutató

### 1. Kórház neve

(Elektronikusan nem továbbítandó)

Az ellátást végző kórház neve

### 2. Osztály neve

(Elektronikusan nem továbbítandó)

A mezőbe az ellátást végző osztály neve kerül

### 3. Osztály azonosítója

Az ellátást végző kórházi osztály finanszírozási szerződés szerinti 9 karakteres kódja

### 4. Térítési kategória

1. magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás

2. magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása

3. államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás

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

5. magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása

9. külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása

A. befogadott külföldi állampolgár

D. menekült, menedékes státuszt kérelmező

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

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

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

K. külföldi donor ellátása

M. magyar biztosítás alapján méltányosságból átvállalt térítés ellenében végzett ellátás

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

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

#### 4/A. Részleges térítés jogcíme

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

A. az ellátást végző orvos megválasztása

B. biztosított beutaló nélküli ellátása

C. beutalási rendtől eltérő igénybevétel

D. eltérő tartalmú ellátás a beteg kérésére

E. egyéb kényelmi szolgáltatás a beteg kérésére

F. ápolás céljából történő elhelyezés, ápolás

G. miniszteri rendelet szerinti szanatóriumi ellátás

H. külsődleges nemi jellegek megváltoztatása

#### 4/B. Részleges térítési díj összege (Ft)

R térítési kategória esetén a maximum érték eléréséig kitöltése kötelező

### 5. Személyazonosító típusa

0. a személyazonosító jel nincs kitöltve

1. TAJ szám

2. 3 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ száma

3. útleveleszám



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

11. A beteg születési neve  
(Elektronikusan nem továbbítandó)  
A beteg születési nevét kell megadni

12. A beteg neme  
1. férfi  
2. nő  
Amennyiben nem állapítható meg, akkor a felvételtkor vagy a nyilvántartott vagy a születéskori neme adandó meg

13. Születési dátuma  
A beteg születési dátuma évszázaddal együtt

14. A kísért beteg törzsszáma

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

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

16/A. Lakcím típusa  
1. Lakóhely  
2. Tartós elhelyezést biztosító szociális intézmény

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

17/B. Beutaló orvos kódja

A beutaló orvos 5 jegyű pecsétnyomójának száma

17/C. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat

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

18. A felvétel jellege

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

19. A felvétel típusa

- A. Az egészségügyi ellátás szempontjából
1. sürgős ellátás, beleértve a pszichiátriai beteg sürgősségi felvételét rendőrségi közreműködés nélkül
  2. nem sürgős ellátás, ideértve a pszichiátriai beteg sürgősségi felvételét rendőrségi közreműködés nélkül
  3. egynapos ellátás
  4. kúraszerű ellátás
  5. aktív ellátás krónikus osztályon
  6. pszichiátriai beteg sürgősségi felvétele rendőrségi közreműködéssel
- B. Jogi elbírálás alapján (pszichiátriai beteg ellátása során kitöltése kötelező)  
D. önkéntes – a beteg saját kérelmére  
E. önkéntes – a nyilatkozattételre jogosult személy kérelmére, a beteg nem tiltakozott  
F. önkéntes – a nyilatkozattételre jogosult személy kérelmére, a beteg tiltakozott  
J. nem önkéntes – sürgősségi felvétel, bírósági felülvizsgálat által előírt kötelező gyógykezelés nélkül  
K. nem önkéntes – sürgősségi felvétel, bírósági felülvizsgálat által előírt kötelező gyógykezeléssel  
[Eütv. 199. § (5) bekezdés]  
L. nem önkéntes – kötelező gyógykezelés bírósági beutalás alapján (Eütv. 200. §)

20. A felvétel időpontja

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

22. A távozás időpontja

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

23. A beteg további sorsa

1. belső kórházi áthelyezés
2. más fekvőbeteg gyógyintézetbe történő áthelyezés
3. otthonába bocsátva

- 4. meghalt
- 5. részszámla
- 6. otthonába adaptációs szabadságra bocsátva
- 7. önkényesen távozott
- 8. szociális otthonba távozott
- C. folytató rekord következik

#### 24. Az ellátó orvos kódja

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

#### 25. E-adatlap kitöltés

- 0. nincs kitöltve
- 1. kitöltve (E térítési kategóriánál kötelező)

#### 26. Diagnózisok

Megnevezés

(Elektronikusan nem továbbítandó)

Diagnózis típusa (T)

- 0. beutaló/iránydiagnózis
- 1. ápolást indokló fődiagnózis alapjául szolgáló betegség
- 2. áthelyezést indokló fődiagnózis
- 3. ápolást indokló fődiagnózis
- 4. szövődmény
- 5. kísérő betegség
- 6. a halál közvetlen oka a klinikus szerint
- 7. kórbonctani alapbetegség
- 8. a halál közvetlen oka a kórbonctan szerint
- 9. kórbonctani kísérő betegség
- A. megelőző ok a kórbonctan szerint
- B. a halál alapjául szolgáló betegség a klinikus szerint
- C. nosocomiális eredetű szövődmény a kezelés következtében
- D. egyéb szövődmény a kezelés következtében
- E. sérülések és mérgezések külső okai
- F. funkcionális (FNO) kód
- K. kiegészítő kód a "\*" jelű BNO kóddal a "3" típusú diagnózisra
- M. daganatos megbetegedések morfológiai kódja
- V. az egészségügyi szolgálat igénybevételét befolyásoló tényezők

Kód

A betegség kódolása BNO 10, illetve FNO szerint

Oldaliság (D)

- S. bal oldali szerv
- D. jobb oldali szerv
- U. mindkét oldalon lévő szerv
- N. az oldaliság nem értelmezhető

#### 27. Beavatkozások

Megnevezés

(Elektronikusan nem továbbítandó)

Intézet/osztály azonosítója

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

Dátum

A beavatkozás kezdési időponja, óra, perc pontossággal

Beavatkozás jellege (J)

A. akut beavatkozás

B. daganatellenes terápiás kezelés protokoll alapján, gyógyszerkészítménnyel, a beteg otthonában, az onkológiai centrum felügyeletében

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

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

V. választott időpontban végzett beavatkozás

Nosocomiális környezet (N)

0. nem értelmezhető

A. aszeptikus környezet

C. szepikus környezet

Sebgyógyulás (S)

1. sebgyógyulás per primam intentionem

2. nem fertőzött seroma, haematoma

3. sebgennyesedés

4. varrat insufficiencia

5. folyamatban levő, zavartalanul gyógyuló seb elbocsátáskor

Nosocomiális fertőzés (F)

1. nosocomiális fertőzés nem volt

2. nosocomiális fertőzés történt

Beavatkozás minősítése az ellátásban elfoglalt helye szerint (M)

1. adjuváns beavatkozás

2. első vonalbeli kezelés

3. másod vonalbeli kezelés

4. harmad vonalbeli kezelés

5. reoperáció

Anesztézia technikája (A)

OENO kódok

Beavatkozás típusa (T)

1. a kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatt végzett beavatkozás

2. a kórházi ápolást indokló fődiagnózis miatti további beavatkozás

3. kísérő betegség miatt végzett beavatkozás

4. szövődmény miatt végzett beavatkozás

5. donorból történő szervkivétel

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

7. beteg által vásárolt implantátum

8. tételesen finanszírozott beépített anyag, implantátum

9. promóciós implantátum

A. kórház által vásárolt, nem tételesen finanszírozott beépített anyag, implantátum

B. OGYI engedély alapján indikáción túli gyógyszer alkalmazásával történt beavatkozás

C. magyar biztosított részére egyedi méltányossági engedély alapján végzett orvosi beavatkozás

D. magyar biztosított részére egyedi méltányossági engedéllyel biztosított implantátum

E. magyar biztosított részére egyedi méltányossági engedély alapján, nem indikáción túli gyógyszer alkalmazása

F. tételesen finanszírozott gyógyszeres kezelés

Kód

A műtét vagy beavatkozás OENO kódja

Oldaliság (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 felvételnélkor 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

32. Elszámolási nyilatkozat

10. az elszámolási nyilatkozat átadása megtörtént

20. az elszámolási nyilatkozat átadása nem történt meg

50. a biztosított Vhr. 25/A. § (4)–(5) bekezdése szerinti ellátása nem fejeződött be (másik osztályon folytatódik az ellátás, kúraszerű ellátás, részszámla)

60. a Vhr. 25/A. § (6) bekezdése alapján az elszámolási nyilatkozatot nem kell kiállítani

Az Adatlap minden pontja kötelezően kitöltendő

”