

## FELHASZNÁLT JOGSZABÁLYOK KIVONATA

### 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

**1. § (1)** Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül.

(2) Az egészségügyi alapellátás feladatai:

*a)* az ellátott lakosságra vonatkozó, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátás (a továbbiakban: megelőző ellátás);

*b)* az egyén

*ba)* egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása, nevelése, egészségfejlesztése, egészségtervezésének támogatása,

*bb)* jogszabályban meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett,

*bc)* szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából,

*bd)* gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a szakorvos által javasolt terápiás terv figyelembevételével; és

*c)* szükség esetén a *b)* pont *bb)* és *bd)* alpontjában foglaltaknak a beteg otthonában történő ellátása vagy a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.

**8. § (1)** A házi orvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése, korai felismerése és gyógyítása, valamint az egészségfejlesztés céljából.

(2) A házi gyermekorvos az (1) bekezdésben meghatározott ellátást a 19. életévét be nem töltött személyek számára biztosítja. A házi gyermekorvosi ellátást a 14-19. év közötti személyek esetében - erre irányuló választás alapján - házi orvos is nyújthatja.

(6) A házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi alapellátás részletes szakmai szabályait a miniszter rendeletben határozza meg.

### 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet

#### a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

**1. § (1)** A rendelet hatálya kiterjed azokra a praxisjoggal rendelkező házi orvosokra, házi gyermekorvosokra (a továbbiakban: házi orvos) és alapellátást végző fogorvosokra, akik területi ellátási kötelezettséget vállalva

(2) A rendelet előírásait kell alkalmazni azokra a házi orvosokra is, akik területi ellátási kötelezettséget nem vállalnak és gazdálkodó szervezeti formában vagy magánorvosként az e jogszabályban foglalt feltételekkel a bejelentkezett biztosítottak folyamatos házi orvosi ellátását vállalják, valamint külön jogszabály szerint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel finanszírozási szerződést kötöttek.

(3) A rendelet előírásait kell alkalmazni az (1)-(2) bekezdés szerinti házi orvosok

helyettesítésére és a háziiorvosi tevékenység végzéséhez szükséges szakképesítésre.

(4) A rendelet előírásait értelemszerűen kell alkalmazni a háziiorvosi ellátáshoz kapcsolódó önálló ápolási és egyéb egészségügyi tevékenységet végzőkre is.

**2. § (1)** A háziorvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt az egészségi állapot megőrzése, a betegségek megelőzése és gyógyítása céljából. A háziorvos rendelési időben a betegeket - sürgős ellátást igénylő eset kivételével - az érkezés igazolt sorrendjében fogadja. A háziorvos legalább a rendelési ideje egy részében, illetve a tanácsadás során előre programozható betegellátás keretében előjegyzés alapján végzi a betegek szűrését, gondozását és ellátását.

**3. § (1)** A háziorvos köteles ellátni az ellátási területén lakó, a 3/A-3/B. §-ban foglaltak szerint hozzá bejelentkezett és általa elfogadott biztosítottakat.

(2) A fogorvos köteles ellátni az ellátási területéhez tartozó körzetben lakó személyeket.

(3) A háziorvos és a fogorvos köteles ellátni továbbá a rendelési idejében hozzá forduló személyeket, ha heveny megbetegedésük vagy krónikus betegségük miatt ellátatlanságuk az egészséget károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezethet.

**3/A. § (1)** A háziorvos választása a választani kívánt háziorvosnál történő jelentkezéssel veszi kezdetét. Ha a háziorvos a jelentkezést elfogadja, az őt választó személy (a továbbiakban: jelentkező személy) Társadalombiztosítási Azonosító Jelét nyilvántartásba veszi, és igazolást állít ki a jelentkező személy részére arról, hogy háziiorvosi ellátását vállalta. Az igazoláson fel kell tüntetni a háziorvos nevét, a háziiorvosi szolgáltató rendelőjének címét és telefonszámát.

(2) Az igazolással egyidejűleg a háziorvos a jelentkező személyt nyilvántartásba veszi, és kiállítja a „Beteg törzskartonja” elnevezésű nyomtatványt.

(3) Az orvos a jelentkezést elutasíthatja, de csak különösen indokolt esetben utasítható el annak a személynek a jelentkezése, akinek lakóhelye a háziorvos ellátási területén (körzetében) van, azonban abban az esetben is el kell látnia a területén lakó beteget, ha az más háziorvost nem választott és ellátatlansága az egészségét károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezetne.

**3/B. § (1)** Évente egy alkalommal indokolás nélkül, ezen túlmenően indokolt esetben lehet átjelentkezni másik háziorvoshoz. Indokolt az átjelentkezés a tartózkodási hely megváltozása esetén, illetve minden olyan esetben, amikor a választott háziorvos felkeresése akadályba ütközik.

(2) Más háziorvoshoz történő átjelentkezéskor az átjelentkezést elfogadó háziorvos az érintett személy írásbeli hozzájárulásával átkéri az őt választó személy előző háziorvosától az egészségügyi törzskarton kivonatát.

(3) Az újonnan választott háziorvos a 3/A. § (1) bekezdésében foglaltak szerint igazolja, hogy az átjelentkezett személy orvosi ellátását vállalja.

(4) A választást követő körzetmódosítás, illetve rendelési idő változása a bejelentkezett személyek ellátását - ha átjelentkezés nem történik - nem érinti.

(5) A jelentkező, illetve átjelentkező személy egészségügyi törzskarton kivonatát az érintett személy beleegyezése nélkül más háziorvosnak átadni nem lehet. Az érintett személy hozzájárulását kell vélelmezni, ha a választott háziorvos feladatait annak körzetében (rendelőjében) időlegesen vagy véglegesen más orvos látja el.

(6) A 3/A. § (3) bekezdésében, valamint az (1) bekezdésben foglaltakkal kapcsolatos vitás

kérdésekben a jelentkező személy tartózkodási helye szerint illetékes fővárosi és megyei kormányhivatal népegészségügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatala dönt.

**3/C. §** (1) A háziorvosválasztás elősegítése céljából a települési önkormányzat jegyzője közszemlére teszi, valamint az önkormányzat honlapján közzéteszi a háziorvosi körzetek területi elhelyezkedését, továbbá a körzetek lakosságának orvosi alapellátását végző háziorvosok nevét és képesítési adatait. A háziorvosi körzeteket érintő változásokat - ideértve a háziorvos helyettesítését, illetve a személyében bekövetkezett változást - a közszemlére tétel során, valamint az önkormányzat honlapján folyamatosan aktualizálni kell.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltakon túlmenően minden háziorvos a Magyar Orvosi Kamara orvostikai normáival összhangban tájékoztatást adhat saját személyéről, gyógyító munkájának tárgyi feltételeiről és a háziorvosi szolgáltató által nyújtott szolgáltatásokról. A háziorvos e tevékenysége során más orvosra vonatkozóan semmilyen tényt, adatot nem közölhet.

**4. §** (1) A gyógyító-megelőző alapellátás keretében a háziorvos feladatkörébe tartozik különösen az egészséges lakosság részére nyújtott tanácsadás és szűrés, a beteg vizsgálata, gyógykezelése, egészségi állapotának ellenőrzése, orvosi rehabilitációja, illetve szükség esetén szakorvosi vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti vizsgálatra, gyógykezelésre való utalása.

(2) A háziorvos feladatkörébe tartozik továbbá:

c) az egészségnevelésben és az egészségügyi felvilágosításban való részvétel,

f) külön engedély alapján a kézi gyógyszerár kezelése,

(3) A gyermekorvosi ellátás keretében a háziorvos a (2) bekezdés *b)-h)* pontjában foglalt feladatok mellett a következő feladatokat látja el:

a) a csecsemők és gyermekek gyógyító-megelőző alapellátása, beleértve a tanácsadást is,

(7) Feladatait a háziorvos és a fogorvos a rendelőjében, indokolt esetben a beteg otthonában látja el.

**7. §** (1) A háziorvos és a fogorvos helyettesítését csak olyan orvos láthatja el - figyelembe véve a 11. § (8a) bekezdésében foglaltakat is -, aki a háziorvosi, fogorvosi feladatkörre előírt személyi feltételeknek megfelel.

(2) Az 1. § (1) bekezdésének *a)* pontja szerinti háziorvos, illetve fogorvos helyettesítése a munkajogi rendelkezések szerinti történik, az 1. § (1) bekezdésének *b)* pontja szerinti esetben a helyettesítésre az önkormányzattal kötött szerződésben külön ki kell térni. Az 1. § (2) bekezdésben meghatározott körben a háziorvos a helyettesítéséről - beleértve annak pénzügyi feltételeit is - maga gondoskodik.

(3) A területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvos, illetve fogorvos indokolt esetben - az önkormányzattal kötött megállapodásban rögzítettek szerint - a helyettesítést abban a rendelőben is elláthatja, ahol egyébként tevékenységét végzi. Háziorvosi tevékenység esetén az indokolt eset fennállásáról a helyettesítő háziorvos kezdeményezésére a járási hivatal - lehetőség szerint az érintettek véleményének figyelembevételével - dönt, amelyről területi ellátási kötelezettség esetén tájékoztatja az önkormányzatot is.

**8. §** (1) A háziorvosi és fogorvosi tevékenység minőségbiztosítása a tevékenységet végző orvos feladata.

(2) A háziorvosi és fogorvosi tevékenység szakmai felügyeletét az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről és a minőségügyi vezetőkről szóló

miniszteri rendelet szerinti szakfelügyelők látják el.

**11. § (1)** Háziorként - a házi gyermekorvos kivételével - az az általános orvosi oklevéllel rendelkező orvos dolgozhat, aki

(8) A (4) és (5) bekezdésben foglalt tevékenység akkor kezdhető meg, ha az ÁEEK az általa szervezett vizsgával záruló képzés keretében meggyőződött arról, hogy az orvos a háziorki tevékenység végzéséhez szükséges alapvető társadalombiztosítási - így különösen a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz felírási szabályokról, a keresőképtelenségről, a kábítószer alkalmazásról és felírásról, a beutalási rendről szóló - ismereteket megszerezte. A (2), a (4), az (5) és a (8a) bekezdés szerinti tevékenység szakmai felügyelet mellett végezhető.

### **364/2010. (XII. 30.) Korm. rendelet**

#### **az egészségügyi szolgáltatók gyógyszerrendelésének és kiszolgáltatásának értékeléséről, valamint a háziorki és a gyógyszerári érdekeltségi rendszer kialakításáról**

A Kormány a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 77. § (1) bekezdés *a)* és *d)* pontjában kapott felhatalmazás alapján - az Alkotmány 35. § (1) bekezdés *b)* pontjában meghatározott feladatkörében eljárva - a következőket rendeli el:

**1. §** E rendelet hatálya kiterjed

*a)* a részben vagy egészben az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatókra,

*b)* az *a)* pont szerinti egészségügyi szolgáltatók finanszírozási szerződésének melléklete szerint a szolgáltató által nyújtott ellátásokkal összefüggésben gyógyszerrendelésre jogosult orvosokra,

*c)* a kormányrendelet szerint társadalombiztosítási támogatással történő gyógyszerrendelésre jogosító szerződéssel rendelkező orvosokra,

*d)* gyógyszerárhoz nyújtott, támogatással történő gyógyszer kiszolgáltatásra jogosító szerződéssel rendelkező gyógyszerárakra, és

*e)* a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőre (a továbbiakban: NEAK).

**4. § (1)** Az orvosok gyógyszerrendelésének értékelése alapjául szolgáló ATC csoportokat, az értékelés tárgyát képező hatóanyagkört, a preferált megoszlási mutatókat és a célértékeket az egészségügyért felelős miniszter (a továbbiakban: miniszter) rendeletben hirdeti ki. Amennyiben az értékelendő terápiás területek, ATC csoportok körében változás szükséges, úgy azt a miniszter a tervezett bevezetést megelőzően egy naptári negyedévvel korábban kihirdeti.

(2) A miniszter az (1) bekezdés szerint kihirdetett ATC csoportokban szereplő hatóanyagok közül ATC csoportonként minden naptári félév ötödik hónapjának első napjával megállapítja a következő naptári félévben értékelésre kerülő hatóanyagok körét. Az értékelésben részt vevő hatóanyagok köre az illetékes szakmai szervezetek és a NEAK javaslatának figyelembevételével kerül meghatározásra, melynek során figyelemmel kell lenni a társadalombiztosítási támogatás kiáramlás nagyságára, a betegszámra, illetve olyan szakmai szempontokra, melyek alapján az adott hatóanyag hatásaira vagy indikációs területére figyelemmel nem vehető össze az ATC csoport többi hatóanyagával.

(3) Nem lehet a (2) bekezdés szerinti értékelés tárgya az a hatóanyag, melynek DOT forgalmi

részesedése a teljes ATC csoport forgalmának 0,5%-át nem éri el.

(6) A miniszter ATC csoportonként minden naptári félév ötödik hónapjának első napjával megállapítja a következő naptári félévre érvényes, a terápiás gyógyszercsoportra jellemző, egy napi terápiára jutó elvárt társadalombiztosítási támogatást (célértéket) az orvosok által felírt és a betegek által kiváltott gyógyszerek és a preferált megoszlási mutató alapján.

**5. § (1)** Az orvosok gyógyszerrendelési tevékenysége a miniszteri rendeletben foglalt ATC csoportokban szereplő, kihirdetett hatóanyagot, illetve hatóanyagokat tartalmazó gyógyszerek esetén kizárólag normatív támogatási jogcímen történő gyógyszerrendelésük alapján kerül értékelésre.

(2) Az orvosok gyógyszerrendelési tevékenységének értékelése során kapott országos átlag valamennyi orvos által felírt és a betegek által az adott hónapban kiváltott, a miniszteri rendeletben meghatározott ATC csoportokba tartozó értékelt hatóanyagokat tartalmazó közfinanszírozott gyógyszerek a normatív fixcsoport referencia készítményének vagy készítménycsoportjának egy napi terápiára jutó társadalombiztosítási támogatása, vagy referencia készítmény vagy készítménycsoport hiányában az egy napi terápiára jutó társadalombiztosítási támogatás ATC csoportra forintban kifejezve, és az adott ATC csoportba tartozó hatóanyagok rendelési aránya százalékban kifejezve.

**8/A. § (1)** A gyógyszertár a Gyftv. 44/B. §-ában foglaltak alapján az Egészségbiztosítási Alap fejezet 2. Egészségbiztosítási ellátások kiadásai cím, 4. Egészségbiztosítás egyéb kiadásai alcím, 4. Egyéb, ellátásokhoz kapcsolódó kiadások jogcímcsoport, 8. Gyógyszertárak szolgáltatási díja jogcím előirányzata (e § tekintetében a továbbiakban: előirányzat) terhére a vényköteles gyógyszerek kiváltásához kapcsolódó gyógyszerbiztonsági ellenőrzésért és a magisztrális gyógyszerkészítéshez kapcsolódó gyógyszerbiztonsági ellenőrzésért a (2) és a (3) bekezdésben meghatározott szolgáltatási díjban részesül.

(2) A vényköteles gyógyszerek kiváltásához kapcsolódó gyógyszerbiztonsági ellenőrzésért járó szolgáltatási díjat a támogatásban részesülő gyógyszer kiváltására szolgáló vények száma alapján kell meghatározni. A gyógyszertár az adott hónapban kiszolgáltattott támogatott vények számának függvényében az 1. mellékletben - az adott évre vonatkozóan - meghatározott összegű vényköteles gyógyszerek kiváltásához kapcsolódó gyógyszerbiztonsági ellenőrzésen alapuló szolgáltatási díjra jogosult vényenként. A vényköteles gyógyszerek kiváltásához kapcsolódó gyógyszerbiztonsági ellenőrzésen alapuló szolgáltatási díj értéke a vényszám emelkedésével sávosan csökken.

### **11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet**

#### **a házi orvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól**

**2. § (1)** A NEAK a házi orvosi szolgáltatók gyógyító-megelőző tevékenységét a 3. § (1) bekezdés *a)-k)* és *p)* pontja, (2) bekezdése, valamint az 1. melléklet szerinti indikátorok esetén indikátoronként havonta, a 3. § (1) bekezdés *l)-o)* pontja és a 2. melléklet szerinti indikátorok esetén indikátoronként naptári negyedévente értékeli.

**4. § (1)** A házi orvosi szolgáltatók indikátorok szerinti gyógyító-megelőző tevékenységének minősítésére célértékek mentén kerül sor.

(2) A célértékek minden indikátor esetében - kivéve a költséghatékonyabb gyógyszerrendelést ösztönző mutatókat - a 2. § (2) bekezdése szerinti megyei bontásban

kerülnek meghatározásra az 1. mellékletben. A költséghatékonyabb gyógyszerrendelést ösztönző mutatók a 2. mellékletben kerülnek meghatározásra.

(3) A 3. § (1) bekezdés *a)-k)* és *p)* pontjában, valamint (2) bekezdésében foglalt indikátorok esetében meghatározott célértékek naptári évre érvényesek, meghatározásuk a tárgyévet megelőző, az indikátor meghatározása szerinti időhossz járó- és fekvőbeteg-szakellátási adatai, a háziorvosi tételes betegforgalmi jelentés adatai, valamint a vényforgalmi adatok alapján történik. A 3. § (1) bekezdés *l)-o)* pontjában foglalt indikátorok esetében meghatározott célértékek fél évre érvényesek.

## **1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről**

### **Az Országgyűlés**

- a lakosság egészsége iránt érzett felelősségétől áthatva,
- tekintettel arra, hogy az egészség fejlesztését, megőrzését és helyreállítását az egészségügy eszközei csak a szociális ellátórendszerrel, valamint a természeti és épített környezet védelmével, illetve a társadalmi és gazdasági környezettel együttesen, továbbá az egészséget támogató társadalmi gyakorlattal és politikával kiegészülve képes szolgálni,

### **1. § E törvény célja**

*a)* elősegíteni az egyén és ezáltal a lakosság egészségi állapotának javulását, az egészséget befolyásoló feltétel- és eszközrendszer, valamint az annak kialakításában közreműködők feladatainak meghatározásával,

*d)* meghatározni - a szolgáltatók jogállásától és az ellátások fedezetétől függetlenül - az egészségügyi szolgáltatások általános szakmai feltételeit, színvonalának garanciáit,

*e)* biztosítani az egészségügyi dolgozók és a szolgáltatást nyújtó intézmények védelmét jogaik és kötelezettségeik meghatározásával, valamint az egészségügyi szolgáltatás sajátos jellegéből fakadó garanciális jellegű intézkedésekkel,

### **Alapelvek**

**2. § (1)** Az egészségügyi szolgáltatások és intézkedések során biztosítani kell a betegek jogainak védelmét. A beteg személyes szabadsága és önrendelkezési joga kizárólag az egészségi állapota által indokolt, e törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható.

(2) Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során érvényesülnie kell az esélyegyenlőségnek.

(3) Az egészségi állapot javításának elsődleges eszköze az egészség fejlesztése, védelme és a betegségek megelőzése.

(4) Az egészségügyi szolgáltatások alapvető szakmai feltételrendszere tulajdon- és működtetési formától független, kizárólag a szolgáltatás szakmai tartalmán alapul.

(5) Az egészségügyi intézményrendszer szakmai ellátási szintekre tagolt felépítése és működése emberközpontú, az eltérő jellegű és súlyosságú megbetegedésben szenvedők egészségi állapota által meghatározott szükségletekhez igazodik, valamint tudományos tényekre alapozott és költséghatékony eljárásokon alapul.

### **3. § E törvény alkalmazásában**

*e) egészségügyi szolgáltatás:* az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában vagy - törvényben meghatározott esetben - az egészségügyi államigazgatási szerv által történő nyilvántartásba vétel alapján végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddővétételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal, - ideértve az ehhez kapcsolódó - a halottak szállításával összefüggő külön jogszabály szerinti tevékenységeket is;

*p) egészségügyi dokumentáció:* az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától;

**5. § (1)** Az egészségüggyel kapcsolatos társadalmi kötelezettségek az egyén saját és környezete egészségi állapotáért viselt felelősségével együtt biztosítják a lakosság egészségének védelmét és egészségi állapotának javítását.

(2) Mindenki köteles tiszteletben tartani mások jogait egészségük fejlesztéséhez, védelméhez, a betegségek megelőzéséhez, a gyógyuláshoz és az orvosi rehabilitációhoz.

(3) Mindenkinek

*a)* joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik számára az egészsége védelmével és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségek megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben,

*b)* joga van tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások jellemzőiről, azok elérhetőségéről és az igénybevétel rendjéről, továbbá a betegeket megillető jogokról és azok érvényesíthetőségéről,

*c)* saját egészségi állapotáért a tőle elvárható módon felelősséggel kell tartoznia,

**7. § (1)** Minden betegnek joga van - jogszabályban meghatározott keretek között - az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz.

(2) Megfelelő az ellátás, ha az az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik.

(3) Folyamatosan hozzáférhető az ellátás, amennyiben az egészségügyi ellátórendszer működése napi 24 órán keresztül biztosítja annak igénybevehetőségét.

**13. § (1)** A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.

(2) A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon

- a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
- b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- h) a további ellátásokról, valamint

(4) A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait.

**24. § (1)** A beteg jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatait, illetve joga van ahhoz, hogy - a 135. §-ban foglaltak figyelembevételével - egészségügyi adatairól tájékoztatást kérjen.

(2) Az egészségügyi dokumentációval az egészségügyi szolgáltató, az abban szereplő adattal a beteg rendelkezik.

(3) A beteg jogosult

- a) a gyógykezeléssel összefüggő adatainak kezeléséről tájékoztatást kapni,
- b) a rá vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni,

#### **Az orvosi titoktartáshoz való jog**

**25. § (1)** A beteg jogosult arra, hogy az egészségügyi ellátásában részt vevő személyek az ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatait (a továbbiakban: orvosi titok) csak az arra jogosulttal közöljék, és azokat bizalmasan kezeljék.

(2) A betegnek joga van arról nyilatkozni, hogy betegségéről, annak várható kimeneteléről kiknek adható felvilágosítás, illetve kiket zár ki egészségügyi adatainak részleges vagy teljes megismeréséből.

#### **A beteg kötelezettségei**

**26. § (1)** A beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és az egészségügyi szolgáltató működési rendjét.

(2) A beteg - amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi - köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint együttműködni:

a) tájékoztatni őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségéről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről,

b) tájékoztatni őket - saját betegségével összefüggésben - mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról,



c) az egészségügyért felelős miniszter (a továbbiakban: miniszter) rendeletében foglalt fertőző betegségek esetén megnevezni azon személyeket, akiktől a fertőző betegséget megkaphatta, illetve akiket megfertőzhetett,

d) tájékoztatni őket minden, az egészségügyi ellátást érintő, általa korábban tett jognyilatkozatáról,

e) a gyógykezelésével kapcsolatban tőlük kapott rendelkezéseket betartani,

f) a gyógyintézet házirendjét betartani,

(2) A beteg és hozzátartozói jogainak gyakorlása nem sértheti az egészségügyi dolgozóknak törvényben foglalt jogait.

**76. §** (1) A progresszív ellátás elve az egészségügyi ellátás valamennyi szintjén érvényesül.

(2) A progresszív ellátásban az egyes egészségügyi szolgáltatók feladataihoz szükséges személyi és tárgyi feltételeket külön jogszabály határozza meg.

**77. §** (1) A sürgős szükség gyanújával ellátásra jelentkező beteget az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszonytól függetlenül meg kell vizsgálni, és sürgős szükség fennállása esetén az egészségi állapota által indokolt ellátásban kell részesíteni.

(2) Az (1) bekezdés szerinti ellátás igénybevételének jogcímét a beteg vizsgálatát és ellátását követően kell megállapítani.

(3) Minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.

**78. §** (1) Amennyiben a beteg egészségi állapota által indokolt ellátást az egészségügyi szolgáltató nem tudja biztosítani, úgy a beteget az esetleges sürgősségi ellátás után továbbküldi olyan szolgáltatóhoz, amely a befejezett ellátáshoz szükséges feltételekkel rendelkezik.

(2) A beteg ellátását követően értesíteni kell a beutaló orvost, ennek hiányában a beteg háziorvosát. Amennyiben a beutaló orvos nem a beteg háziorvosa és egészségi állapota miatt a beteg tartós gondozásra szorul, háziorvosát is értesíteni kell.

(3) Ha a beteg az egészségi állapota alapján kialakított orvosi vélemény szerint az indokoltnál magasabb szintű egészségügyi szolgáltatónál kívánja az ellátást igénybe venni, jogszabály az ellátás igénybevételét megalapozó jogviszony függvényében az igénybevételt korlátozhatja, illetve feltételhez kötheti.

**87. §** (1) Az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában történő ellátását.

(2) Az egészségügyi ellátórendszer a népegészségügyi tevékenység során felmért szükségletek figyelembevételével működik.

(3) Az egészségügyi ellátórendszer bővítése, színvonalának fejlesztése a társadalmi-gazdasági erőforrásokkal összehangoltan történik.

### **Az alapellátás**

**88. §** Az alapellátás célját és feladatait az egészségügyi alapellátásról szóló törvény határozza meg.

### **Járóbeteg-szakellátás**

**89. § (1)** Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően (a továbbiakban: lakóhelyének közelében) kell biztosítani.

(2) Az (1) bekezdésben foglalt ellátás feladata

a) a megelőző tevékenység,

b) az egyes betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása, ideértve az otthoni szakápolás elrendelését és a rehabilitációt is,

c) szakorvosi konzíliumok elvégzése, szükség esetén a beteg otthonában is,

d) speciális szakmai, diagnosztikus, illetve terápiás háttér szükségessége esetén a beteg - vizsgálatát követő - más járóbeteg-szakrendelésre vagy szakambulanciára történő beutalása,

e) a járóbeteg-szakellátás kompetenciakörébe tartozó olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások végzése, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges,

f) intézeti háttérrel igénylő ellátás szükségessége esetén a beteg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalása.

**90. § (1)** A 89. § szerinti általános járóbeteg-szakellátás mellett a betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra - a külön jogszabályban foglaltak szerint - biztosítani kell speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel működő járóbeteg-szakellátást (a továbbiakban: speciális járóbeteg-szakellátás).

(2) A speciális járóbeteg-szakellátás olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel.

### **Fekvőbeteg-szakellátás**

**91. § (1)** Az általános fekvőbeteg-szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a külön jogszabályba foglaltak szerint a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik.

(2) Az (1) bekezdés szerinti ellátás lehet

a) folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is,

b) az a) pontban foglalt céllal, meghatározott napszakokban történő ellátás,

c) olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt - szükség esetén - a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított.

**92. § (1)** A 91. § szerinti ellátás mellett az egyes speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel, illetve szakmailag összetett feladatok megoldását igénylő betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra - a külön jogszabályban foglaltak szerint - speciális fekvőbeteg-szakellátást kell működtetni.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott speciális fekvőbeteg-szakellátás

- a) a járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között nyújtott szakellátást végző orvos,
- b) sürgős szükség fennállása esetén, illetőleg a területi ellátási kötelezettséggel összefüggésben a beteg ellátását végző orvos, illetve mentőorvos vagy mentőtiszt,
- c) a speciális ellátásra indokul szolgáló szakmai feltételek esetén a házi orvos beutalása alapján vehető igénybe.

#### 4. Cím

##### Egyéb egészségügyi ellátások

##### **Gyógyszerellátás**

**102. §** Az egészségügyi ellátás része a gyógyszerellátás, amelynek célja - a külön törvényben foglaltak szerint - biztosítani a gyógyító és megelőző tevékenységhez a gyógyszerek hivatalos jegyzékében szereplő megfelelő minőségű, biztonságos, hatásos és költséghatékony gyógyszereket.

##### Tárgyi feltételrendszer

**109. §** Az egészségügyi szolgáltató tárgyi feltételrendszerének biztosítania kell az ellátáshoz szükséges követelményeket, és meg kell felelnie a munkavégzés feltételeire vonatkozó előírásoknak.

#### 3. Cím

##### Személyi feltételrendszer

**110. §** (1) Egészségügyi tevékenység - folytatásának formájától és módjától függetlenül - e törvény és külön törvény rendelkezéseire figyelemmel önállóan vagy felügyelet mellett végezhető.

(2) Egészségügyi tevékenységet önállóan - külön törvényben foglaltakra is figyelemmel - az adott tevékenység folytatására jogosító egészségügyi szakképesítéssel rendelkező és az adott szakképesítés tekintetében a kötelező továbbképzési kötelezettségét teljesített vagy a továbbképzési kötelezettség teljesítése alól e törvény szerint mentesült, a működési nyilvántartásba bejegyzett személy végezhet. Az önállóan végzett egészségügyi tevékenység - a (4), (4a), (10) és (10a) bekezdésben foglalt kivételekkel - az arra feljogosító szakképesítésnek a működési nyilvántartásba történő bejegyzésétől kezdhető meg.

##### **A minőségügyi rendszer**

**119. §** (1) A minőségügyi rendszer célja az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott cél elérése érdekében a minőségügyi rendszer magában foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek teljesítésének nyomon követését, ellenőrzését, értékelését, akkreditálását, illetve tanúsítását és a folyamatos minőségfejlesztést.

(3) Az egészségügyi szolgáltatás megfelelő minőségének alapvető feltétele, hogy

a) azt kizárólag jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szolgáltató nyújtsa;

b) az ellátás során érvényesüljenek a jogszabályban foglalt vagy egyéb szakmai szabályok, így különösen a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló szakmai

irányelvek, ezek hiányában a megalapozott, széles körben elfogadott szakirodalmi közlésekre, vagy szakmai konszenzusra támaszkodó szakmai ajánlások;

c) az egyén számára

ca) egészségi állapotában az elérhető legnagyobb tényleges állapotjavulást eredményezze,

cb) lehetővé tegye a betegjogok érvényesülését,

d) a rendelkezésre álló erőforrások optimális felhasználásával szakmailag hatásosan nyújtható legyen;

e) biztonságos legyen mind a betegek, mind az ellátásban közreműködők részére.

**120. §** Az egészségügyi szolgáltatások minőségét és minőségfejlesztését az egészségügyi szolgáltató minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere (a továbbiakban: belső minőségügyi rendszer), a hatósági szakfelügyeletet ellátó szerv, a szakmai munka minőségértékelését végző szerv, az egészségügyi szolgáltatások akkreditációja és a megfelelőség-tanúsítás (a továbbiakban: külső minőségügyi rendszer) biztosítja.

### **A belső minőségügyi rendszer**

**121. § (1)** Minden egészségügyi szolgáltató biztosítja a belső minőségügyi rendszer működését, amelynek célja

a) a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztése, a szolgáltatás folyamatainak megismerése és részletes tervezése, ideértve a lehetséges hibák megelőzésének tervezését is,

b) a szolgáltatás során felmerülő hiányosságok időben történő felismerése, a megszüntetéséhez szükséges intézkedések megtétele és ezek ellenőrzése,

c) a hiányosságok okainak feltárása, az azokból fakadó költségek, károk csökkentése,

d) a szakmai és működési követelményeknek való megfelelés és a saját követelményrendszer fejlesztése,

e) a betegek jogainak, igényeinek és véleményének figyelembe vétele, valamint

f) hatékony és biztonságos munkavégzést támogató környezet biztosítása belső követelményrendszer fejlesztése során.

(2) A belső minőségügyi rendszer magában foglalja

a) a betegellátási és háttér folyamatok biztonságos, eredményes és hatékony szabályozását és működtetését,

b) a szükséges erőforrásokkal való hatékony gazdálkodás biztosítását,

c) az egészségügyi és működési dokumentumok kezelési rendjének kialakítását és működtetését,

d) a felelősségi szintek és hatáskörök meghatározását és gyakorlati alkalmazását,

e) a panaszok szabályozott kezelését,

f) a betegoktatás és tájékoztatás rendjének kialakítását és alkalmazását,

g) az elégedettségi vizsgálatok kialakítását és alkalmazását,

h) a kommunikációs irányok és módszerek meghatározását és gyakorlati alkalmazását,

i) a szakmai irányelvek alkalmazásának, bevezetésének rendjét és a helyi szakmai ellátást szabályozó dokumentumok kialakítását és gyakorlati alkalmazását,

j) a megbiztonsággal összefüggő kockázatok, a nemkívánatos események áttekintését, elemzését, értékelését és a megelőző intézkedések megfogalmazását,

k) szakmai mutatók meghatározását és alkalmazását,

l) az a)-k) pontban foglaltak rendszeres nyomon követését és értékelését, valamint a szükséges javító intézkedések megfogalmazását.

### **A külső minőségügyi rendszer**

**125. §** Sürgős szükség esetén az egészségügyi dolgozó - időponttól és helytől függetlenül - az adott körülmények között a tőle elvárható módon és a rendelkezésére álló eszközöktől függően az arra rászoruló személynek elsősegélyt nyújt, illetőleg a szükséges intézkedést haladéktalanul megteszi. Kétség esetén a sürgős szükség fennállását vélelmezni kell.

**126. §** (1) A területi ellátási kötelezettség körében az egészségügyi dolgozó munkaidejében az e minőségében hozzáforduló beteg megfelelő ellátása iránt - a (2) és (5) bekezdésekben foglaltaknak, illetve szakmai kompetenciájának és felkészültségének megfelelő módon - intézkedik.

(2) Az orvos - feltéve, ha szakmai kompetenciája és felkészültsége alapján erre jogosult - a hozzá forduló beteget megvizsgálja. A vizsgálat megállapításaitól függően a beteget ellátja, vagy - a megfelelő tárgyi és személyi feltételek hiánya esetén - a megfelelő feltételekkel rendelkező orvoshoz, illetve egészségügyi szolgáltatóhoz irányítja.

(3) A beteg vizsgálata kiterjed a kezelőorvos tudomására jutott valamennyi panaszra, a kórelőzményre és a beteg gyógyulását befolyásoló egyéni körülmények feltárására.

(4) A (2)-(3) bekezdésben foglaltaktól eltérni kizárólag a beteg életének megmentéséhez szükséges, halasztást nem tűrő beavatkozások esetén lehet.

(5) Az orvosi szakképzettséggel nem rendelkező egészségügyi dolgozó a hozzá forduló beteg vizsgálatáról kompetenciájának keretei között saját maga, illetőleg, ha az kompetenciájának kereteit meghaladja, az erre jogosult orvos értesítése útján gondoskodik. Ez utóbbi esetben azonban, ha a beteg állapota azt szükségessé teszi, az orvos megérkezéséig elvégzi mindazokat a beavatkozásokat, amelyek nyújtására szakmai kompetenciája és felkészültsége alapján jogosult.

**127. §** (1) Távolléte vagy akadályoztatása időtartamára a beteg vizsgálatára és kezelésére

a) a kezelőorvos munkáltatója,

b) a munkáltató hiányában a kezelőorvos,

c) a kezelőorvos akadályoztatása esetén - az egészségügyi szolgáltató költségére - az egészségügyi államigazgatási szerv

köteles a beteg vizsgálatáról és kezeléséről más orvos útján gondoskodni, ide nem értve azt az esetet, amelyben a kezelőorvos feladatait az ügyeletes orvos látja el.

(2) A felkért kezelőorvos, illetőleg ügyeletes orvos köteles a beteg egészségi állapotával kapcsolatos eseményekről a kezelőorvost megfelelő időben és módon tájékoztatni.

(3)

**128. §**

### Vizsgálati és terápiás módszerek megválasztása

**129. §** (1) A kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás

módszerek [119. § (3) bekezdés *b*) pontja] közül - a hatályos jogszabályok keretei között - szabadon válassza meg az adott esetben alkalmazandó, általa, illetve az ellátásban közreműködő személyek által ismert és gyakorolt, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett végezhető eljárást.

**134. § (1)** A kezelőorvos - a 14. § (1)-(2) bekezdéseiben foglalt esetek kivételével - a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint, a 13. §-ban foglaltak figyelembevételével tájékoztatja a beteget annak egészségi állapotáról.

**135. § (1)** A kezelőorvos a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi.

(2) A beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról.

#### Dokumentációs kötelezettség

**136. § (1)** A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.

(2) Az egészségügyi dokumentációban fel kell tüntetni

*a)* a betegnek az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben meghatározott személyazonosító adatait,

*b)* cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, valamint - ha a beteg kéri - a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogató nevét, lakcímét, elérhetőségét, továbbá kiskorú, illetve a cselekvőképességet részlegesen vagy teljesen korlátozó gondnokság alatt álló beteg esetében a törvényes képviselő nevét, lakcímét, elérhetőségét,

*c)* a kórelőzményt, a kórtörténetet,

*d)* az első vizsgálat eredményét,

*e)* a diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, a vizsgálatok elvégzésének időpontját,

*f)* az ellátást indokoló betegség megnevezését, a kialakulásának alapjául szolgáló betegséget, a kísérőbetegségeket és szövődményeket,

*g)* egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, illetve a kockázati tényezők megnevezését,

*h)* az elvégzett beavatkozások idejét és azok eredményét,

*i)* a gyógyszeres és egyéb terápiát, annak eredményét,

*j)* a beteg gyógyszer-túlérzékenységre vonatkozó adatokat,

*k)* a bejegyzést tévő egészségügyi dolgozó nevét és a bejegyzés időpontját,

*l)* a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítését,

*m)* a beleegyezés [15. § (3) bekezdés], illetve visszautasítás (20-23. §) tényét, valamint ezek

időpontját,

n) minden olyan egyéb adatot és tényt, amely a beteg gyógyulására befolyással lehet.

(3) Az egészségügyi dokumentáció részeként meg kell őrizni:

- a) az egyes vizsgálatokról készült leleteket,
- b) a gyógykezelés és a konzílium során keletkezett iratokat,
- c) az ápolási dokumentációt,
- d) a képalkotó diagnosztikus eljárások felvételeit, valamint
- e) a beteg testéből kivett szövetmintákat.

**137. §** Az egészségügyi szolgáltató

a) több résztvevénységből álló, összefüggő ellátási folyamat végén vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően az ellátás adatait összefoglaló zárójelentést,

b) miniszteri rendeletben meghatározott járóbeteg-szakellátási tevékenység befejezésekor, a beteg ellátásával és gyógykezelésével kapcsolatos összefoglaló adatokat tartalmazó ambuláns ellátási lapot készít és - a 14. § (1) bekezdésében foglalt eset kivételével - azt a betegnek átadja.

**141. §** (1) Az állam - az e törvényben meghatározott keretek között - felelős a lakosság egészségi állapotáért, különösen azért, hogy az egészséghez szükséges feltételrendszer kialakításával lehetővé váljon a közösségek és az egyének számára egészségi állapotuk védelme és fejlesztése, valamint szükség esetén lehetséges mértékű helyreállítása.

(3) Az állam felelőssége körében az állam kötelezettségét képezi különösen

- a) az egészségfejlesztés alapvető feltételeinek biztosítása,
- b) az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi ellátási kötelezettség és felelősség meghatározása,
- c) az egészségpolitika céljait szolgáló finanszírozási, fejlesztési és információs rendszer kialakítása és fejlesztése,
- d) az egészségügyi szolgáltatások szakmai feltételrendszerének meghatározása, ideértve az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítását és ellenőrzését is,
- i) az egyéni és a társadalmi érdekek összehangolása a ritka, a kiemelkedő költségigényű, illetve az új módszerek és eljárások alkalmazásánál,

(4) Az állam felelőssége körében az egészségügyi szakellátások tekintetében az állam kötelezettségét képezi

- a) a fekvőbeteg-szakellátás és a járóbeteg-szakellátás feltételrendszerének meghatározása,
- b) az egészségügyi szakellátási felelőssége alapján a fekvőbeteg-szakellátásról és a járóbeteg-szakellátásról való - az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvényben foglaltak szerinti - gondoskodás,
- c) az egészségügyi szakellátási kötelezettsége részeként a 152. § (3) bekezdése szerinti egészségügyi szakellátási intézményműködtetési kötelezettség alapján és a nem állami, illetve nem önkormányzati tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatóknak az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvényben meghatározott egészségügyi szakellátási feladata alapján el nem látott fekvőbeteg- és járóbeteg-szakellátási feladatok ellátásának

biztosítása.

(5) Az állam a (3) bekezdés c) pontja szerinti információs rendszer kialakítása és fejlesztése érdekében az egészségügyi informatikai rendszerek együttműködését és információáramlását törvény szerinti informatikai rendszer keretében biztosítja.

## **2005. évi XCV. törvény**

### **az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról**

1. *gyógyszer*: bármely anyag vagy azok keveréke, amelyet emberi betegségek megelőzésére vagy kezelésére alkalmazható termékként jelenítenek meg, vagy azok az anyagok vagy keverékei, amelyek farmakológiai, immunológiai vagy metabolikus hatások kiváltása révén az ember valamely élettani funkciójának helyreállítása, javítása vagy módosítása, illetve az orvosi diagnózis felállítása érdekében az emberi szervezetben vagy emberi szervezeten alkalmazhatók;

2. *magisztrális gyógyszer*: az a gyógyszerkészítmény, amelyet a gyógyszerész a gyógyszerertárban a Magyar, illetve Európai Gyógyszerkönyv (a továbbiakban: Gyógyszerkönyv) vagy a Szabványos Vényminta Gyűjtemény (Fo-No) (a továbbiakban: Vényminta Gyűjtemény) rendelkezései alapján, orvosi előírásra vagy a Gyógyszerkönyv szerint saját kezdeményezésére készít és a gyógyszerertár által ellátott betegek kezelésére szolgál;

3. *homeopátiás gyógyszer*: a Gyógyszerkönyvben leírt homeopátiás gyártási eljárásnak megfelelően készült homeopátiás törzsoldatnak nevezett anyagból a Gyógyszerkönyvben leírt homeopátiás gyártási eljárásnak megfelelően előállított gyógyszer, amely több alkotóelemet is tartalmazhat;

### **Gyógyszerellátás**

**12. § (1)** A gyógyszerellátás azon tevékenységek összessége, amely magába foglalja a gyártást, előállítást, tárolást és forgalmazást és amelynek eredményeként a gyógyszer a közvetlen felhasználóhoz eljut.

(2) Gyógyszer beteg részére történő beszerzéséről és kiszolgáltatásáról - ha jogszabály másként nem rendelkezik - gyógyszerertár gondoskodik.

(3) A gyógyszerertár - ha törvény másként nem rendelkezik - gyógyszert csak olyan gazdálkodó szervezettől szerezhet be, amely rendelkezik gyógyszer-nagykereskedelmi tevékenységre jogosító hatósági engedéllyel.

(4) Amennyiben a gyógyszerertár a készletéből az igényelt gyógyszert azonnal kiadni nem tudja, tájékoztatni köteles a beteget a gyógyszer beszerzésének várható időpontjáról.

(5) Intézeti gyógyszerertár a 16. § (2) bekezdésben foglalt esetben a gyógyszerhiánnyal érintett gyógyszert másik intézeti gyógyszerertártól is beszerezheti.

(6) A fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmények részére történő gyógyszer-, orvostechnikai eszköz- és fertőtlenítőszer-beszerzések országos központosított rendszeréről szóló kormányrendelet szerinti saját hatáskörben történő beszerzés keretében az intézeti gyógyszerertár a gyógyszert az Állami Egészségügyi Tartalékkal való gazdálkodás feladatait ellátótól is beszerezheti.

**24. § (1)** A gyógyszerekkel kapcsolatos betegjogok vonatkozásában az egészségügyről szóló törvény betegjogokra vonatkozó rendelkezéseit a (2) bekezdésben foglalt kiegészítésekkel kell



alkalmazni.

(2) Az orvosi rendelés nélkül a felhasználó (beteg) igénye alapján beszerezhető gyógyszer kiadása során (a továbbiakban: öngyógyszerezés) a gyógyszerész köteles gondos tájékoztatást adni

a) a gyógyszer terápiás és esetleges mellékhatásairól,

b) több gyógyszer együttes szedése esetén a gyógyszerek kölcsönhatásáról,

c) az orvosi kezelés, illetve közreműködés szükségességéről, ha megítélése szerint a felhasználó (beteg) egészségi állapota ezt indokolja,

d) a gyógyszer helyettesíthetőségéről, áráról.

### ***Gyógyszerek alkalmazásával kapcsolatos általános szabályok***

**25. §** (1) Gyógyszert rendelni az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 129. §-ában foglaltakra figyelemmel - az e törvényben és az annak végrehajtására megalkotott rendeletben foglalt kivétellel - csak a forgalomba hozatali engedélyében jóváhagyott alkalmazási előírásban szereplő - a Vényminták Gyűjteményében szereplő készítmény esetén az ott közölt - javallatban lehet. Gyógyszer rendelésére jogosult minden orvos és fogorvos (a továbbiakban együtt: orvos), aki az orvosi oklevélhez kötött tevékenység folytatására jogosult, és a külön jogszabályban meghatározott, gyógyszerrendelésre jogosító bélyegzővel rendelkezik.

(2) Azt a gyógyszert, amely az EGT-megállapodásban részes államban nem, de más országban forgalomba hozatali engedéllyel rendelkezik, különleges esetben gyógyászati célra akkor lehet alkalmazni, ha a felhasználását különös méltánylást érdemlő betegellátási érdek indokolja, és alkalmazását - a külön jogszabályban meghatározott feltételek szerint - a gyógyszerészeti államigazgatási szerv engedélyezte. Azt a gyógyszert, amelyet az EGT-megállapodásban részes államban forgalomba hozatalra engedélyeztek, gyógyászati célra akkor lehet alkalmazni, ha azt a külön jogszabályban foglaltaknak megfelelően a gyógyszerészeti államigazgatási szervnek bejelentették. A különös méltánylást érdemlő betegellátási érdek fennállása a terápiás eljárás biztonságossága és hatékonysága tekintetében szükség szerint a szakmai kollégium véleményét figyelembe véve kerül megállapításra.

(3) Az orvosi gyógyszerrendelés részletes szabályait külön jogszabály állapítja meg.

(6) Gyógyszert a forgalomba hozatali engedélyében jóváhagyott alkalmazási előírásban nem szereplő javallatban (a továbbiakban: indikáción túli gyógyszerrendelés) kizárólag abban az esetben lehet rendelni, illetve alkalmazni, ha

a) az adott beteg kezelése más forgalomban lévő gyógyszer alkalmazási előírása szerint nem lehetséges vagy eredménytelen, és a külön jogszabály szerinti bizonyítékok alapján az adott gyógyszer indikáción túli alkalmazásával esély van a gyógyszeres kezelés sikerességére, illetve a beteg állapotának javítására vagy stabilizálására,

b) az adott gyógyszer Magyarországon vagy más országban forgalomba hozatalra engedéllyel rendelkezik, és

c) az adott terápiás terület szakorvosi szakképesítéssel rendelkező orvosa a külön jogszabályban foglalt feltételeknek megfelelően a gyógyszer indikáción túli alkalmazását az adott betegre nézve a gyógyszerészeti államigazgatási szervtől kérelmezte és azt a gyógyszerészeti államigazgatási szerv egyedileg engedélyezte.

## 2006. évi XCVIII. törvény

### a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól

felismerve, hogy fontos társadalmi érdek a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre fordított társadalombiztosítási és egyéni kiadások gazdaságilag is hatékony felhasználása,

figyelemmel arra, hogy az államnak garanciális szabályokkal is biztosítani kell, hogy a gyógyszerek biztonságosan, megfelelő helyen, időben és választékkal álljanak a betegek rendelkezésére,

érvényesüljenek elismerve, hogy a gyógyszereket a betegség miatt kiszolgáltatott, megfelelő szakismerettel nem rendelkező személyek vásárolják és a gyógyszert fogyasztók védelme érdekében elengedhetetlen követelmény, hogy a gyógyszerek forgalmazásában az általános kereskedelmi szabályoktól eltérő szigorúbb szabályok,

szem előtt tartva, hogy a gyógyszer-kiskereskedelem sajátosságait figyelembe vevő szabályozott verseny kedvez a gyógyszert fogyasztóknak, javítja a hozzáférést és az ellátás minőségét,

**2. § (1)** A törvény célja, hogy garantálja a kötelező társadalombiztosítás körében igénybe vehető ellátások meghatározásának átláthatóságát, kiszámíthatóvá és biztonságossá tegye a rendszer szereplőinek működését, valamint a kötelező társadalombiztosítás rendelkezésére álló források felhasználásának méltányosságát, gazdaságosságát és szakmai hatékonyságát, valamint meghatározza a közvetlen lakossági gyógyszerellátó tevékenység folytatásának alapvető feltételeit.

(2) Gyógyszert a betegek, lakosság, orvosok, valamint állatorvosok részére - ha jogszabály másként nem rendelkezik - gyógyszertárak szolgáltathatnak ki.

(3) A gyógyszertár egészségügyi szolgáltatást végző egészségügyi intézmény. Gyógyszertár közforgalmú, intézeti, fiók- és kézigyógyszertári formában működhet.

(4) A gyógyszertár egészségügyi feladata a lakosság gyógykezeléséhez kapcsolódó gyógyszerek, tápszerek, gyógyászati segédeszközök és a gyógyszertárban forgalmazható egyéb termékek helyes alkalmazásra vonatkozó teljes körű tájékoztatással történő kiszolgáltatása, az e termékekkel kapcsolatos, a betegségek megelőzését szolgáló, a betegekkel történő együttműködést megvalósító felvilágosító, tanácsadó szolgáltatás, a helyes és eredményes gyógyszeres terápia elősegítése, követése, valamint a prevencióban, népegészségügyi programokban való részvétel.

### **3. §** E törvény alkalmazásában

1. *gyógyszer*: az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (a továbbiakban: Gytv.) 1. §-ának 1. pontja szerinti anyag;

2. *közfinanszírozásban részesülő gyógyszer*: olyan gyógyszer, illetve különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, amelynek árához külön jogszabály alapján a központi költségvetés, illetve az Egészségbiztosítási Alap (a továbbiakban: E. Alap) az arra jogosultaknak támogatást nyújt;

7. *gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmény*: olyan anyag vagy anyagkeverék, amely nem gyógyszer, de amelyet az arra hatáskörrel és illetékességgel rendelkező hatóság nyilvántartásba vett, és gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású anyagként forgalomba

hozatalát engedélyezte;

16. *közforgalmú gyógyszertár*: teljes körű közvetlen lakossági gyógyszerellátást biztosító egészségügyi intézmény;

17. *fiókgyógyszertár*: a közforgalmú gyógyszertár részeként működő, de azzal nem azonos telephelyű, vagy mozgó, illetve ideiglenesen telepített egységként működtetett, közvetlen lakossági gyógyszerellátást biztosító egészségügyi intézmény;

18. *intézeti gyógyszertár*: a fekvőbetegellátást végző intézmény részeként működő, annak teljes körű gyógyszerellátását végző egészségügyi intézmény, mely szaktevékenységként közvetlen lakossági gyógyszerellátási feladatokat is végezhet;

21. *közvetlen lakossági gyógyszerellátás*: azon egészségügyi szolgáltatási tevékenységek összessége, amelyek során a gyógyszertár gyógyszerkészítési tevékenységet végez, a gyógyszert beszerzi, készletezi, kiszolgáltatja és az alkalmazásával összefüggő szakmai információt közvetlenül vagy házhoz szállítás útján közvetetten, a lakosság részére biztosítja, továbbá az interneten igényelt gyógyszerek kiszolgáltatása;

38. *beteg-együtműködés*: a beteg egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlásoknak megfelelő viselkedése a gyógyszeresedés, táplálkozás és az életvitel területén;

39. *preferált biológiai gyógyszer*: az egészségbiztosításért felelős miniszter rendelete alapján a biológiai gyógyszerekre vonatkozó eljárás során meghatározott gyógyszerek közül az adott csoportba tartozó legkedvezőbb napi terápiás költségű, és azt legfeljebb 10%-kal meghaladó napi terápiás költségű gyógyszer;

40. *folyamatos ellátás*: a forgalomba hozatali engedély jogosultjával vagy abban az esetben, ha az belföldön forgalmazási tevékenységet nem végez, a forgalmazóval szerződött gyógyszer-nagykereskedők megrendeléseinek szokásos üzletmenet szerinti kielégítése. A közfinanszírozásban részesülő gyógyszerrel való folyamatos ellátásról a forgalomba hozatali engedély jogosultja ennek hiányában a forgalmazó köteles gondoskodni;

**8. §** A gyógyszert és gyógyászati segédeszközt rendelő orvos köteles tájékoztatni a beteget a rendelkezésre álló, azonos hatóanyagú, illetve hasonló terápiás hatású alacsonyabb árú gyógyszerről, illetve azonos funkcionális csoportba tartozó alacsonyabb árú gyógyászati segédeszközzel, valamint az adott termékek áráról, társadalombiztosítási támogatásáról és a térítési díjak közötti különbségekről.

**9. §** A gyógyszer és gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatója - a fogyatékos személyek számára is hozzáférhetően és értelmezhetően - dokumentált módon köteles tájékoztatni a beteget az egészségbiztosítási szerv által támogatott azonos hatóanyagú, illetve terápiás hatású alacsonyabb térítési díjú gyógyszerről, vagy azonos funkcionális csoportba tartozó alacsonyabb térítési díjú gyógyászati segédeszközzel, valamint az adott termékek áráról, társadalombiztosítási támogatásáról és a térítési díjak közötti különbségekről.

**10. §** Az egészségbiztosítási szerv jogosult e törvény keretei között a vele szerződött orvosok gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-rendeléséhez szükséges feltételek meghatározására a finanszírozási, illetve a támogatással történő rendelésre vonatkozó szerződésekben, valamint jogosult az orvosok gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-rendelési magatartását vizsgálni, ellenőrizni és jogszabály-, illetve szerződésszegés esetén a külön jogszabályban foglaltak szerint eljárni.

**10/A. §** A beteg-együtműködés során vizsgált paraméterek magukban foglalják a beteg életmódját és a gyógyszer alkalmazási gyakorlatát.

**10/B. §** Amennyiben a preferált biológiai gyógyszer feltételének csak egy gyógyszer felel meg, a preferált biológiai gyógyszerrel azonos megítélés alá esik az adott csoportba tartozó következő legkedvezőbb napi terápiás költségű gyógyszer.

**11. § (1)** Finanszírozási szerződés, illetve gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésére jogosító szerződés csak olyan egészségügyi szolgáltatóval köthető, amely teljesíti a gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-gazdaságosság e törvényben meghatározott, valamint az egészségbiztosítási szerv által előírt feltételeit, így a hatékony és gazdaságos gyógyszerrendelést elősegítő, minősített számítógépes program használatát.

**17. § (1)** Az embergyógyászati célra szánt, gyógyszertárból vény nélkül is kiadható és társadalombiztosítási támogatásban nem részesülő gyógyszerek, továbbá a támogatással nem rendelhető gyógyászati segédeszközök reklámozása megengedett, ha a reklám:

**44. § (1)** A gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-rendelés során - ideértve a fekvőbeteg-gyógyintézetekben alkalmazott gyógyszeres és gyógyászatisegédeszköz-kezelést is - az orvos a szakmai szabályok és a gyógykezelésre vonatkozó jogszabályok figyelembevételével mellett - a fogyatékos személyek számára is hozzáférhető és értelmezhető módon - tájékoztatja a beteget a gyógyszeres kezelés és gyógyászati segédeszközzel való ellátás alternatíváiról, az azonos hatóanyag-tartalmú, illetve azonos fix támogatási csoportba tartozó gyógyszerek, továbbá azonos funkcionális csoportba tartozó gyógyászati segédeszközök betegterhelő kváráható költségei közötti különbségekről.

(2) A gyógyszerész - ha a vényen az orvos nem zárta ki a helyettesíthetőséget - a külön jogszabályban előírt szakmai helyettesíthetőség figyelembevételével dokumentált módon köteles a gyógyszert kiváltó személyt tájékoztatni, hogy a gyógyszer más referencia vagy annál kedvezőbb árú, vagy preferált referencia ársávba tartozó gyógyszerrel helyettesíthető.

(3) A gyógyszerész a beteg egyetértése esetén köteles a rendelt gyógyszert a (2) bekezdésben meghatározott - elsősorban a beteg számára legolcsóbb - referencia vagy annál kedvezőbb árú, vagy preferált referencia ársávba tartozó gyógyszerrel helyettesíteni.

(4) Az orvosi dokumentációban a beteg - az Ebtv.-ben foglalt nyilatkozatának a külön jogszabályban foglaltak szerinti aláírásával egyidejűleg - igazolja az (1) bekezdésben foglaltak megtörténtét.

(5) A biológiai gyógyszerek esetén az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben határozza meg a preferált biológiai gyógyszerek rendelésének kötelező minimális arányát.

**44/A. §** A közforgalmú gyógyszertárat működtető vállalkozás, valamint a közvetlen lakossági gyógyszerellátást végző intézeti gyógyszertár kormányrendeletben foglaltak szerint - az E. Alap éves költségvetésének e célra megjelölt előirányzata terhére - juttatásban részesülhet, amennyiben

a) hatóanyag-alapú fix csoport esetén preferált referencia ársávba tartozó gyógyszert, ennek hiányában a referenciagyógyszert vagy a referenciagyógyszer napi terápiás költségével megegyező, illetve annál alacsonyabb napi terápiás költségű gyógyszert, vagy

b) fix csoport még nem került megképezésre, a felírt gyógyszernél alacsonyabb napi terápiás költségű, a gyógyszerészeti államigazgatási szerv által egyenértékűnek és helyettesíthetőnek nyilvánított gyógyszert szolgáltat ki.

**44/B. §** A közforgalmú gyógyszertárat működtető vállalkozás, valamint a közvetlen lakossági gyógyszerellátást végző intézeti gyógyszertár az általa nyújtott, betegbiztonságot és gyógyszerbiztonságot elősegítő szolgáltatásaiért kormányrendeletben foglaltak szerint - az E.

Alap éves költségvetésének e célra megjelölt előirányzata terhére - szolgáltatási díjban részesül.

**45. § (1)** A társadalombiztosítási támogatással gyógyszert és gyógyászati segédeszközt rendelő szolgáltatók, orvosok e tevékenységüket olyan minősített számítógépes program alkalmazásával végzik, amely - külön jogszabályban meghatározottak szerint, a (2) bekezdésre is figyelemmel - a gyógyszeres kezelés és gyógyászati segédeszközzel való ellátás alternatíváiról, az azonos hatóanyag-tartalmú, illetve azonos fix támogatási csoportba tartozó gyógyszerek, továbbá azonos funkcionális csoportba tartozó gyógyászati segédeszközök beteget és az E. Alapot terhelő várható költségei közötti különbségekről információt szolgáltat, és a beteg számára legalacsonyabb terhet jelentő gyógyszerre és gyógyászati segédeszközre, a referenciagyógyszerre, a preferált referencia ársávba tartozó gyógyszerre, a preferált biológiai gyógyszerre és a referencia gyógyászati segédeszközre ajánlatot tesz.

(1a) A tételes elszámolás alá eső gyógyszereket és a jogszabályban meghatározott nagyszámú gyógyszereket a szolgáltatók, illetve az orvosok - az (1) bekezdésben foglaltakon túl - csak speciális minősített számítógépes program alkalmazásával rendelhetnek, melynek adattartalmát jogszabály tartalmazza.

(2) Az orvos az (1) bekezdésben meghatározott gyógyszertől vagy gyógyászati segédeszköztől eltérő gyógykezelést a beteg vagy a betegség sajátosságaira, illetve az ellátás helyszínére tekintettel a 44. § (1) bekezdésben meghatározott tájékoztatás megadását követően rendelhet. Az eltérést a betegdokumentációban annak részletes indokolásával együtt rögzíteni kell.

(3) A járóbeteg-ellátás keretében, valamint a kórházi zárójelentésben a gyógyszerterápiás javaslatot hatóanyag megjelölésével - szükség esetén továbbá a hatásosság és a gyógyszerforma megjelölésével - kell megadni.

**46. § (1)** Az egészségügyi szolgáltatókat gyógyszerrendelési gyakorlatuk alapján az egészségbiztosítási szerv értékeli abból a szempontból, hogy a rendeletben meghatározott terápiás területeken, a rendeletben meghatározott feltételek szerinti szakmailag megfelelő, a beteg és az E. Alap számára egyaránt kedvező termékeket rendelik-e. Az egészségbiztosítási szerv a fenti szempontok szerinti gyógyszerrendelést folytató egészségügyi szolgáltatókat kormányrendeletben foglalt feltételek, szempontok alapján juttatásban részesítheti az E. Alap éves költségvetésének e célra megjelölt előirányzata terhére.

(2) Az (1) bekezdés alapján értékelt egészségügyi szolgáltatók gyógyszerrendelési gyakorlatára jellemző mutatókat és értékelésüket elemezhető módon az egészségbiztosítási szerv honlapján közzéteszi.

**51. § (1)** Intézeti gyógyszerterápiát végző intézmény működtethet. Az erre vonatkozó engedélyt az egészségügyi államigazgatási szerv adja meg a fekvőbetegellátást végző intézmény kérelmére, amennyiben a kérelmező megfelel az e törvényben és a közforgalmú, fiók- és kézi gyógyszerterápiák, továbbá intézeti gyógyszerterápiák működési, szolgálati és nyilvántartási rendjéről szóló miniszteri rendeletben előírt feltételeknek. Az intézeti gyógyszerterápiát végző intézményben történő felhasználásra és közvetlen lakossági gyógyszerellátás céljából szolgáltatathat ki gyógyszert.

(2) Az intézeti gyógyszerterápiát köteles biztosítani az intézeti és a közvetlen lakossági gyógyszerellátási feladatok elkülönítését szolgáló feltételeket. Az intézeti gyógyszerterápiát működtetésének részletes szakmai szabályait, személyi és tárgyi feltételeit, nyilvántartási kötelezettségeit az intézeti és közvetlen lakossági gyógyszerellátási feladatok elkülönítésével

kapcsolatos feladatok részletes szabályait jogszabály állapítja meg.

**55. § (1)**

(4) A gyógyszertárak kötelesek készletben tartani a gyógyszereknek külön jogszabályban meghatározott körét és mennyiségét. Közfinanszírozásban részesülő gyógyszerek forgalmazására szerződést kötött gyógyszertár ellátási kötelezettségének tartalmára - a gyógyszerek választékára, a készleten nem lévő gyógyszerek későbbi kiadására, kiadási árára, a támogatások elszámolásának szabályaira - az egészségbiztosítási szerv a szerződésében további részletes feltételeket állapíthat meg.

**1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól**

**2. § (1)** Az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások - e törvény keretei között és az e törvény felhatalmazása alapján kiadott finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendek figyelembevételével, a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvényben foglalt kivételekkel - az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe.

**3. § (1)** Az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket.

(2) Az egészségügyi szolgáltatásra hajléktalanként jogosult személyt az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásai külön jogszabályban meghatározott feltételek szerint illetik meg.

**4. §** Az állam az e törvényben meghatározott ellátások teljesítését akkor is biztosítja, ha az ahhoz szükséges kiadások az E. Alapból nem fedezhetők.

**9. §** Az e törvényben foglalt egészségügyi szolgáltatások az egészségbiztosítóval az adott szolgáltatásra finanszírozási szerződéssel rendelkező (a továbbiakban: finanszírozott) egészségügyi szolgáltatónál vehetők igénybe. A finanszírozott egészségügyi szolgáltató feladata a 18. § (6) bekezdésében foglalt ellátások közül azok végzése is, amelyek a központi költségvetés terhére az E. Alapon keresztül kerülnek finanszírozásra.

**9/A. §** A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 6:130. §-ában foglaltakat a finanszírozott egészségügyi szolgáltatók és a 30. § (2) bekezdése szerinti szerződéssel rendelkező szolgáltatók vonatkozásában azzal az eltéréssel kell alkalmazni, hogy esetükben

*a)* a pénztartozás teljesítésére a Ptk. 6:130. § (1) és (2) bekezdésében meghatározott határidő hatvan nap,

*b)* a pénztartozás teljesítésére szerződésben kikötött határidő a hatvan napot meghaladó részében semmis.

**9/B. §** Finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató a kötelező egészségbiztosítás keretében e törvény alapján az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásért biztosítottól térítési díjat - ide nem értve a 23. § szerinti részleges térítési díjat és a 23/A. § szerinti kiegészítő térítési díjat - nem kérhet.

*Háziorvosi ellátás*

**11. § (1)** A biztosított a háziorvosi, házi gyermekorvosi (a továbbiakban együtt: háziorvosi) ellátás keretében a (2) bekezdésben foglalt feltételekkel jogosult

a) az egészséges életmód segítségét szolgáló tanácsadásra és egészségi állapotának folyamatos figyelemmel kísérésére,

b) betegsége esetén a háziorvosi rendelőben, illetve amennyiben egészségi állapota indokolja az otthonában történő orvosi vizsgálatra és gyógykezelésre - ideértve az ellátás során felhasznált, az elsősegély keretében alkalmazott gyógyszert (kivéve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert), illetve kötszert is -,

c) a háziorvos által kezdeményezett, a biztosított otthonában történő szakorvosi vizsgálatra és véleményre,

d) krónikus betegsége esetén háziorvosi gondozásra, életvezetési tanácsadásra és a gyógykezeléshez szükséges, a biztosított vagy a gondozását végző személy által használt diagnosztikus és terápiás eszközök használatának megtanítására,

e) a háziorvos rendelése szerint az alapellátás keretében végzett szakápolásra,

f) keresőképességének elbírálására,

g) egyéb orvos szakértői vizsgálatra és szakvéleményre, amennyiben az társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való

jogosultság megállapítására irányul.

(2) A biztosított az (1) bekezdésben foglalt szolgáltatásokat

a) a külön jogszabály szerint választott háziorvosánál veheti igénybe,

b) amennyiben választott háziorvosát felkeresni nem tudja, annál a finanszírozott szolgáltató háziorvosánál veheti igénybe, amelynek ellátási területén tartózkodási helye van.

(3) Az egészségbiztosító kormányrendeletben meghatározott alapellátási vállalkozások részére kormányrendeletben meghatározottak szerint támogatást nyújthat a betegellátást szolgáló eszközök beszerzéséhez.

#### *Járóbeteg-szakellátás*

**13. §** A biztosított betegsége esetén jogosult járóbeteg-szakellátás keretében történő vizsgálatra, gyógykezelésre, ideértve az ellátás során felhasznált - az ellátás finanszírozása során figyelembe vett - gyógyszert (kivéve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert), illetve kötszert is, továbbá a gyógykezeléséhez szükséges orvosi szakvéleményre, gondozásra és külön jogszabályban meghatározott esetekben a keresőképességének elbírálására

a) a háziorvos, a járóbeteg-szakellátás és a külön jogszabályban meghatározott egyéb orvos (a továbbiakban: beutaló orvos) beutalása alapján,

b) az a) pontban foglaltak hiányában is, amennyiben jogszabály az adott szakellátás beutaló nélkül történő igénybevételét lehetővé teszi,

c) egyéb orvos szakértői vizsgálatra és szakvélemény adására, amennyiben az társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való jogosultság megállapítására, annak ellenőrzésére irányul.

#### *Fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás*

**14. §** (1) A biztosított betegsége esetén a külön jogszabályban meghatározott orvos beutalása alapján jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra.

(2) A biztosított a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás keretén belül a 19. § (1) bekezdésében

foglaltak szerint jogosult

- a) a betegsége megállapításához szükséges vizsgálatokra,
- b) az orvos előírása szerinti gyógykezelésre - ideértve a műtéti beavatkozásokat és az annak során felhasznált gyógyászati anyagokat, protetikai eszközöket is - és gyógyászati ellátásra,
- c) a gyógykezeléséhez szükséges gyógyszerre - ideértve a vérkészítményeket is -, kötszerre és ideiglenes gyógyászati segédeszközre, továbbá a gyógyászati segédeszköz használatának betanítására,
- d) a gyógykezeléséhez szükséges ápolásra, szakápolásra, továbbá az otthonába történő távozást követő időre vonatkozó életvezetési tanácsadásra, valamint diétás tanácsadásra,
- e) étkezésre, ideértve az orvos által rendelt diétát is,
- f) a rendelkezésre álló, az ellátás szakmai és etikai követelményeinek megfelelő színvonalú elhelyezésre arra az időtartamra, amíg az ellátás fekvőbeteg-gyógyintézeti körülmények között indokolt.

(3) A biztosított külön jogszabályban foglaltak szerint jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolásra (ideértve az otthoni rehabilitációs ellátást is) és otthoni hospice ellátásra.

(4) A biztosított jogosult társadalombiztosítási ellátásra vagy szociális juttatásra, illetve külön jogszabályban meghatározott kedvezményre való jogosultság megállapítására, annak ellenőrzésére irányuló orvos szakértői véleményt megalapozó kivizsgálásra.

**19. § (1)** Az egészségügyi ellátás keretében a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségbiztosításért felelős miniszter által az adott ellátásra meghatározott finanszírozási eljárásrend, vizsgálati és terápiás eljárási rend, valamint rehabilitációs ellátási program szerinti szolgáltatásokra jogosult. Ha a biztosított állapota és a gyógyítás szempontjai azt szükségessé teszik, a kezelőorvos a finanszírozási eljárásrendben, a vizsgálati és terápiás eljárási rendben, valamint a rehabilitációs ellátási programokban foglaltaktól eltérhet.

(2) Amennyiben az adott ellátás tekintetében az egészségbiztosításért felelős miniszter nem határoz meg finanszírozási eljárásrendet, vizsgálati és terápiás eljárási rendet vagy rehabilitációs ellátási programot, a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, a szolgáltatónál rendelkezésre álló mindazon finanszírozott vizsgálati és terápiás ellátásra jogosult, amely egészségi állapotának lehetséges mértékű helyreállításához szükséges.

(3) Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során a biztosított a finanszírozott egészségügyi szolgáltató munkarendje alapján beosztott orvos helyett másik orvost igényelhet, amennyiben azt a biztosított egészségi állapota által indokolt ellátás szakmai tartalma és az ellátás sürgőssége nem zárja ki, azzal, hogy ezt a szabályt az egészségügyi szolgáltatónál nem munkaviszonyban, illetve közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatott orvos választására is alkalmazni kell.

(4) A biztosított, amennyiben a vizsgálatok eredményét vitatja, vagy a javasolt vizsgálati, illetve terápiás módszerrel nem ért egyet, egy további orvosi szakvéleményre és javaslatra jogosult.

**21. § (1)** A biztosított jogosult a járóbeteg-ellátás keretében gyógyászati céllal rendelt gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás árához, illetőleg a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés alatt számára rendelt végleges gyógyászati segédeszköz árához, továbbá a gyógyászati segédeszköz javítási és



kölcsönzési díjához nyújtott támogatásra, amennyiben

*a)* árához

*aa)* forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer esetében az egészségbiztosító,

*ab)* magisztrális gyógyszerek esetében a külön jogszabály,

támogatást állapít meg,

*b)* azt a finanszírozott egészségügyi szolgáltató e jogosultságra kijelölt orvosa, illetve az egészségbiztosítóval e jogosultságra szerződést kötött orvos rendeli, és

*c)* a rendelés a (4) bekezdésben foglaltak szerint történik, és

*d)* az adott gyógyászati segédeszköz árához, illetve kölcsönzési díjához az egészségbiztosító a külön jogszabályban meghatározott eljárásrend szerint támogatást állapít meg, továbbá javítási díjához, illetőleg a gyógyászati ellátás árához külön jogszabály támogatást rendel, és

*e)* a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló miniszteri rendeletben meghatározott egyes gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatásához az egészségbiztosító ellenőrző főorvosa a miniszteri rendeletben foglaltak szerint ellenjegyzésével hozzájárult, és

*f)* a kiszolgáltatásra, kölcsönzésre vagy javításra az egészségbiztosítóval e feladatra szerződött (a továbbiakban: szerződött) forgalmazónál vagy gyártónál kerül sor.

(2) A biztosított az (1) bekezdésben foglaltakon túl akkor is jogosult a külön jogszabályban meghatározott gyógyászati segédeszköz árához nyújtott támogatásra, ha annak kiszolgáltatására egészségügyi ellátás keretében a külön jogszabályban meghatározott egészségügyi szolgáltatónál kerül sor.

(3) Amennyiben a biztosított a gyógyászati segédeszköz árához, kölcsönzési díjához társadalombiztosítási támogatást vett igénybe, köteles az eszköz használata során a tőle elvárható gondossággal eljárni, az eszközt rendeltetésszerűen használni, valamint az eszköz állagának megóvására törekedni.

(4) Gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás társadalombiztosítási támogatással történő rendelése során, illetve gyógyászati segédeszköz javításának és kölcsönzésének társadalombiztosítási támogatással történő rendelése során

*a)* a rendelésre vonatkozó jogszabályokban foglaltaknak, és

*b)* a finanszírozási eljárásrendekben, ennek hiányában az érvényes szakmai protokollokban foglaltaknak, vagy

*c)* az *a)* és *b)* pontban foglaltak hiányában az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 119. § (3) bekezdés *b)* pontjában foglalt szakmai előírásoknak

megfelelően kell eljárni.

(5)

**21/A. §** (1) Az egészségbiztosító által - a külön jogszabály szerint - kiemelt, indikációhoz kötött támogatásban részesített gyógyszerért a biztosított dobozonként a külön jogszabályban meghatározott összegű díjat fizet.

(2) A 21. § (1) bekezdés *ab)* pontjában meghatározott magisztrális gyógyszerek árához

nyújtott támogatás megállapítására vonatkozó szabályokat külön jogszabály állapítja meg.

**23/A. §** A biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult

a)

b) az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra, és

c) amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is.

**24. §** (1) A biztosított által is csak részleges vagy kiegészítő térítési díj megfizetése mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások díját arra tekintettel kell megállapítani, hogy az adott ellátás keretében a biztosított részére nyújtanak-e olyan szolgáltatást, amelyre a biztosított térítésmentesen jogosult.

(2) Az e fejezetben foglaltak szerint megállapított részleges és kiegészítő térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik azzal, hogy a szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét.

(3)

(4) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató a 23/A. § b) pontja alapján a biztosított részére - annak kezdeményezése alapján, az egészségügyi ellátás szakmai színvonalának érintése nélkül - kiegészítő térítési díj ellenében egyéni igénye szerinti étkezést, valamint az egészségi állapota által nem indokolt, a 14. § (2) bekezdés f) pontja szerinti elhelyezéstől eltérő, az intézmény e célra kijelölt részlegében magasabb színvonalú elhelyezést nyújthat, amennyiben

a) a többletszolgáltatáshoz szükséges feltételek rendelkezésre állnak,

b) a biztosított az egészségügyi szolgáltatónál az ellátást a többletszolgáltatás nélkül is igénybe vehetné, és

c) az egészségügyi szolgáltató a többletszolgáltatás nyújtása mellett a finanszírozási szerződése szerinti kapacitáson folyamatosan és teljeskörűen tud ellátást nyújtani.

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

(2) A (3) bekezdésben említett szolgáltatások kiegészítő térítési díját a szolgáltató állapítja meg azzal, hogy ez nem tartalmazhat az ellátással kapcsolatban olyan beavatkozásra számított díjat, amelyet a biztosított térítésmentesen jogosult igénybe venni.

(3) A (2) bekezdésben foglaltak alapján a kiegészítő térítési díj számításánál

a)

b)

c) a 24. § (4) bekezdésben foglalt egyéni igény szerinti étkezés tekintetében az intézeti nyersanyagnorma és a többlet-nyersanyagköltség különbözetét

kell alapul venni.

(4) A 24. § (4) bekezdésében foglalt magasabb színvonalú elhelyezés tekintetében a szolgáltató ápolási naponkénti díjat állapítja meg.

(5) A részleges térítési díjat a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló kormányrendelet állapítja meg a 23. § *a)*, *c)* és *k)* pontjában, valamint a 23/A. § *c)* pontjában foglalt ellátások tekintetében.

**26. §** (1) Az egészségbiztosító - az E. Alap költségvetésében meghatározott keretek között - méltányosságból

*c)* támogatást nyújthat a társadalombiztosítási támogatással nem rendelhető allopatíás gyógyszer, különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer, gyógyászati segédeszköz árához,

**29. §** (1) A biztosított - a (2) bekezdésben foglaltak figyelembevételével -

*a)*

*b)* az árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető ellátásokra való jogosultságát

*ba)* a gyógyászati ellátások tekintetében a külön jogszabály szerinti orvosi rendelvény és kezelőlap bemutatásával,

*bb)* gyógyszer és gyógyászati segédeszköz tekintetében a külön jogszabály szerinti orvosi rendelvény bemutatásával,

(2) Amennyiben az (1) bekezdés *b)* pontja szerinti ellátásokat árhoz nyújtott támogatással rendelik, a biztosított a kezelőorvos kérelmére nyilatkozik arról, hogy a kezelőorvoson kívül más orvos által rendelt gyógyászati ellátást az adott naptári évben hány alkalommal vett igénybe, illetve, hogy a kezelőorvoson kívül más orvos a betegségével összefüggésben 30 napon belül milyen gyógyszert, milyen mennyiségben vagy annak kihordási idején belül milyen gyógyászati segédeszközt rendelt számára.

### **31. §**

(2) Az egészségügyi szolgáltató gyógyszert, gyógyászati segédeszközt, valamint gyógyászati ellátást árhoz nyújtott támogatással az egészségbiztosító által minősített, a minőségi és hatékony gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-rendelést elősegítő számítógépes rendszer alkalmazásával rendelhet.

#### Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

**34. §** (1) Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

*a)* a ráfordítások alapján meghatározott normán,

*b)* az ellátandó feladatokon,

*c)* az ellátott esetek számbavételén,

*d)* fejkvótán,

*e)* a nyújtott szolgáltatások teljesítményarányain,

*f)* egyes szolgáltatások tekintetében teljesítményegységének mennyiségén,

*g)* az *a)*-*f)* pontban foglaltak kombinációján, és

*h)* alapuló rendszerben történik.

**35. §** (1) Az egészségügyi szolgáltató a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközeitől elkülönítetten kezeli. Az egészségügyi szolgáltató azon számlájának megterheléséhez, amelyre a finanszírozás keretében kapott összeg utalásra került, az e törvény végrehajtásáról szóló rendeletben meghatározott esetben szükséges az egészségügyi szolgáltató fenntartójának és - ha a megterhelést nem az egészségügyi szolgáltató

kezdemenyezte - az egészségügyi szolgáltatónak az előzetes jóváhagyása. A finanszírozás keretében járó összegnek legfeljebb 10 százaléka engedményezhető.

(1a)

(2) Az E. Alapból a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra folyósított összeg nem mentesíti a szolgáltató fenntartóját (tulajdonos, kezelő) az egyéb jogszabályokban előírt fenntartási és fejlesztési kötelezettségek alól. A finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használható fel.

(3) Ha a finanszírozási szerződés megkötésének szempontjából a helyi önkormányzat vagy a helyi önkormányzat intézménye minősül egészségügyi szolgáltatónak, a finanszírozás keretében kapott összeg

a) az egészségügyi szolgáltatók működésével kapcsolatos igazgatási kiadásokra nem használható fel,

b) felhasználásáról a helyi önkormányzat vagy a helyi önkormányzat intézménye az érintett egészségügyi dolgozókat havonta tájékoztatja.

(4) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató részére - a biztosítási jogviszony keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások igénybevehetőségét veszélyeztető - kritikus gazdálkodási helyzet esetén, amennyiben annak megelőzésére, illetve elhárítására saját hatáskörben bizonyíthatóan minden lehetséges intézkedést megtett, valamint a tulajdonos - amennyiben jogszabály eltérően nem rendelkezik - saját forrásaiból meghatározott arányú konkrét hozzájárulást és garanciát vállal, az egészségbiztosító - az E. Alap éves költségvetésében e célra megjelölt előirányzat terhére - egyszeri, kamatmentes működési költségelőleget nyújthat.

(5) Azon gyógyszerár számára, amely járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerek árához támogatással igénybe vehető szolgáltatást nyújt, a lakosság biztonságos ellátása érdekében az egészségbiztosító - az E. Alap éves költségvetésében e célra megjelölt előirányzat terhére - kamatmentes finanszírozási előleget nyújthat.

(6) Ha az (1) bekezdés szerinti egészségügyi szolgáltató, illetőleg a (3) bekezdésben szabályozott helyi önkormányzat a finanszírozási szerződés alapján az E. Alapból kapott összeget nem a finanszírozási szerződésben meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra használja fel, köteles a kapott összeget - a szerződésszegés esetére kikötött egyéb jogkövetkezmények mellett - az E. Alap számára megtéríteni.

(7) Ha az egészségbiztosító a szolgáltató részére járó havi finanszírozási összeg utalványozását nem a szolgáltató hibájából külön jogszabályban meghatározott határidőig nem teljesíti, a határidő lejártát követő naptól köteles a szolgáltató részére a Ptk. szabályainak megfelelően az E. Alap ellátási költségvetés egyéb kiadásai terhére késedelmi kamatot fizetni, amennyiben a kamat összege meghaladja az 1000 forintot.

(8) Amennyiben az egészségbiztosító tévesen utal valamely egészségügyi szolgáltató részére finanszírozási összeget, jogosult azt a téves utalás megállapításától számított hat hónapon belül az egészségügyi szolgáltató finanszírozási díjából egy összegben vagy több részletben levonni.

**35/A. §** A háziorvosi, házi gyermekorvosi szolgáltató kormányrendeletben meghatározottak szerint jogosult szakmailag megalapozott és költséghatékony beutalási tevékenysége alapján az E. Alapból külön díjazásra, amelyet a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátáshoz kapcsolódó fejlesztési célokra fordíthat.

**36. § (1)** Az egészségbiztosító ellenőrzi az egészségügyi szolgáltatás nyújtására kötött szerződés teljesítését.

(4) Az egészségbiztosító ellenőrzi az egészségügyi dokumentáció vezetésére, a beutalás rendjére, továbbá a támogatással rendelhető gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésére, készletben tartására, kiszolgáltatására és nyilvántartására, valamint gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére és nyújtására vonatkozó előírások megtartását, érvényesülését. A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére a 32. § alapján jogosult orvos az ellenőrzést végző személy rendelkezésére bocsátja az érintett biztosítottra vonatkozó, az ellenőrzés lefolytatásához szükséges egészségügyi dokumentációt.

(7) Amennyiben gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére jogosult orvos az ellenőrzés során megállapított jogosulatlan rendelés tényét vitatja, akkor az egészségbiztosítónál a jogosulatlan rendeléssel érintett személlyel történő adategyeztetést kezdeményezhet, amelyre a 38/B. §-ban foglaltakat értelemszerűen alkalmazni kell.

**37. § (1)** A finanszírozott egészségügyi szolgáltató megtéríti az elszámolt ellátás finanszírozási összegének 150 százalékát, amennyiben az egészségbiztosító az ellenőrzése során megállapítja, hogy a szolgáltató el nem végzett ellátást vagy a finanszírozási szerződésében nem szereplő ellátást számolt el.

(2) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató megtéríti az elszámolt ellátás finanszírozási összegét, amennyiben az egészségbiztosító az ellenőrzése során megállapítja, hogy a szolgáltató

a) vagy a beutalásra jogosult orvosa nem a hatályos jogszabályoknak vagy szakmai előírásoknak megfelelően járt el az egészségügyi szolgáltatások rendelésénél,

b) a miniszteri rendeletben kihirdetett finanszírozási eljárásrendeknek, rehabilitációs ellátási programoknak, ennek hiányában az érvényes vizsgálati és terápiás eljárási rendeknek vagy mindezek hiányában az Eütv. 119. § (3) bekezdésében foglalt szakmai előírásoknak (a továbbiakban együtt: orvosszakmai előírások) nem megfelelően nyújtott ellátást számolt el, vagy

c) más forrásból megtérülő ellátást számolt el.

(3) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató megtéríti a kifizetett finanszírozási többletet, ha az egészségbiztosító az ellenőrzése során megállapítja, hogy egy ellátást több vagy magasabb összegű finanszírozásra jogosító jogcímen számolt el.

(4) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató - az (1)-(3) bekezdés alá nem tartozó esetekben - megtéríti az elszámolt ellátás finanszírozási összegének 20 százalékát, amennyiben az egészségbiztosító az ellenőrzése során megállapítja, hogy a szolgáltató orvosszakmai szempontból indokolt ellátást nem a hatályos jogszabályoknak megfelelően számolt el.

(5) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató megtéríti a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegének 150 százalékát, amennyiben az egészségbiztosító az ellenőrzése során megállapítja, hogy a szolgáltató vagy a szolgáltató orvosa

a) betegdokumentációban szereplőnél nagyobb mennyiségű gyógyszert, gyógyászati segédeszközt, gyógyászati ellátást,

b) el nem végzett ellátás keretében gyógyszert, gyógyászati segédeszközt, gyógyászati

ellátást,

vagy

c) a szerződésében nem szereplő gyógyászati ellátást

társadalombiztosítási támogatással rendelt.

(5a) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató megtéríti a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegének 150 százalékát, amennyiben az egészségbiztosító az ellenőrzése során megállapítja, hogy a szolgáltató vagy a szolgáltató orvosa

a) el nem végzett ellátás keretében gyógyszer emelt, kiemelt indikációhoz kötött támogatással történő rendeléséhez adott szakorvosi javaslatot,

b) gyógyszer emelt, kiemelt indikációhoz kötött támogatással történő rendeléséhez jogosulatlanul adott szakorvosi javaslatot,

c) el nem végzett ellátás keretében gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendeléséhez adott szakorvosi javaslatot,

d) gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendeléséhez jogosulatlanul adott szakorvosi javaslatot.

(6) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató megtéríti a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegét, amennyiben az egészségbiztosító az ellenőrzése során megállapítja, hogy a szolgáltató vagy a szolgáltató orvosa az orvosszakmai előírásoknak nem megfelelően, indokolatlanul rendelt társadalombiztosítási támogatással gyógyszert, gyógyászati segédeszközt vagy gyógyászati ellátást vagy más forrásból megtérülő gyógyszert, gyógyászati segédeszközt, gyógyászati ellátást társadalombiztosítási támogatással rendelt.

(7) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató - a (8) bekezdésben foglalt kivétellel - megtéríti a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegének 20 százalékát, amennyiben az egészségbiztosító az ellenőrzése során megállapítja, hogy a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás társadalombiztosítási támogatással történt rendelése a hatályos jogszabályoknak nem felelt meg, de orvosszakmai szempontból indokolt, szükséges és az orvosszakmai előírásoknak megfelelő volt.

(8) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató megtéríti a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz után folyósított társadalombiztosítási támogatás összegének azon részét, amelyre a biztosított nem volt jogosult, amennyiben az egészségbiztosító az ellenőrzése során megállapítja, hogy a szolgáltató vagy a szolgáltató orvosa gyógyszert, gyógyászati segédeszközt nem a finanszírozási eljárásrendnek megfelelően, ennek hiányában nem a kiemelt és emelt társadalombiztosítási támogatásra jogosító indikációnak megfelelően vagy jogosulatlanul rendelt. Amennyiben a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelése a rendelés időpontjában érvényes szakorvosi javaslat alapján történt és az (5a) bekezdésben foglaltak nem állnak fenn, a szakorvosi javaslatot adó, finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltató téríti meg a folyósított társadalombiztosítási támogatás összegének azon részét, amelyre a biztosított nem volt jogosult.

(9) A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás társadalombiztosítási támogatással való rendelésére a 32. § szerinti szerződés alapján jogosult orvos tekintetében az (5)-(8) bekezdésben foglaltakat megfelelően alkalmazni kell.

(10) Az (1)-(9) bekezdés, a (12) bekezdés, valamint a 31. § (6) bekezdése, a 33. § (5) bekezdése és a 35. § (6) bekezdése szerinti követelést az egészségbiztosító jogosult az igénybe vett finanszírozás, illetve az ártámogatás folyósítását követő öt éven belül a finanszírozás elszámolása során is érvényesíteni.

(11) Amennyiben a (9) bekezdés alapján megállapított megtérítési kötelezettség összege meghaladja a tárgy hónapban az e törvény végrehajtására kiadott kormányrendeletben meghatározott mértéket, a támogatással történő rendelésre való jogosultságot - a megtérítési kötelezettség érvényesítése mellett - legfeljebb egy évre fel kell függeszteni vagy fel kell mondani, és a szerződés megszűnésétől számított legalább egy, legfeljebb három évig az érintett orvossal a 32. § szerinti szerződés nem köthető.

(12) Amennyiben gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás (5)-(6) bekezdés szerinti jogosulatlan rendelése közgyógyellátás jogcímen történt, a jogosulatlanul rendelt gyógyszerre, gyógyászati segédeszközre, gyógyászati ellátásra vonatkozóan az (5)-(6) bekezdésben megállapított összegén túl a közgyógyellátás jogcímcsoport előirányzatból finanszírozott összeget is meg kell téríteni.

(13) A (2)-(4) bekezdés, a (6)-(9) bekezdés, a (12) bekezdés, a (16) bekezdés, valamint a 31. § (6) bekezdése, a 33. § (5) bekezdése és a 35. § (6) bekezdése szerinti követelés összege után a fizetési kötelezettség megállapításakor érvényes jegybanki alapkamat kétszeresét kell fizetni, amennyiben a kamat összege meghaladja az 1000 forintot. A kamatkövetelés öt éven belül a finanszírozás elszámolása során is érvényesíthető.

(14) Amennyiben a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök rendelésére jogosult orvos a Gyftv.-ben és annak felhatalmazása alapján kiadott jogszabályban foglalt, a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök reklámozására és ismertetésére vonatkozó szabályokat megszegi, úgy - az eljáró hatóság kezdeményezésére - a támogatással történő rendelésre való jogosultságát legfeljebb egy hónapra fel kell függeszteni.

(15) Amennyiben az (1)-(4) bekezdés, valamint a 35. § (6) bekezdése alapján az egészségügyi szolgáltató megtérítési kötelezettsége meghaladja az ellenőrzött időszak alatt az egészségügyi szolgáltatónak járó teljes finanszírozási összeg húsz százalékát, az egészségbiztosító a finanszírozási szerződést felmondhatja.

(16) Amennyiben a 32. § (8) bekezdés szerinti szerződés alapján a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa nem a hatályos jogszabályoknak vagy szakmai szabályoknak megfelelően járt el az egészségügyi szolgáltatásokra történő beutalás során, a nem finanszírozott szolgáltató köteles megtéríteni az elszámolt ellátás finanszírozási összegét.

(17) A finanszírozás keretében kapott összeg elkülönített kezelésére vonatkozó - 35. § (1) bekezdése szerinti - kötelezettség nemteljesítése esetén a finanszírozási szerződést az egészségbiztosítási szerv felmondhatja.

(18) Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a 36. § (3) bekezdése szerinti ellenőrzéshez kapcsolódó adatszolgáltatási kötelezettségének nem tesz eleget, az egészségbiztosítási szerv a finanszírozási szerződést felmondhatja.

**38. § (1)** Gyógyszer támogatással történő kiszolgáltatásának, illetve gyógyászati segédeszköz támogatással történő forgalmazásának, javításának, illetve gyártásának ellenőrzése során az egészségbiztosító vizsgálja

a) az egyéves leltáridőszakon belüli, a számvitelről szóló 2000. évi C. törvényben meghatározott bizonylattal alátámasztott beszerzésre, készletváltásra és értékesítésre

vonatkozó okmányokat, főkönyvet és annak mellékleteit képező analitikus nyilvántartásokat, továbbá készletnyilvántartásokat, valamint a támogatott termékekre vonatkozó leltár termékenkénti adatait,

*b)* a tényleges készlet összhangját a támogatás alapjául elszámolt vényekkel,

*c)* a támogatási összeg kiszámításának jogszerűségét és pontosságát,

*d)* az elszámolás alapját képező adatok nyilvántartására vonatkozó előírások megtartását,

*e)* az egyedi méretvétel alapján rendelésre készített gyógyászati segédeszköz hibás teljesítése esetén a szavatossági igény külön jogszabály szerinti érvényesítéséhez kapcsolódó adatokat,

*f)* a 30. § (2) bekezdése szerinti, és a kiszolgáltatásra, valamint a forgalmazásra vonatkozó külön jogszabályban foglalt feltételek teljesülését,

*g)* az egészségbiztosító és a szolgáltató közötti szerződésben foglalt feltételek teljesülését.

(2) Gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtásának az ellenőrzése során az egészségbiztosító az (1) bekezdés *c)-d)* pontjában foglaltakat vizsgálja.

(3) Ha az (1) és (2) bekezdés alapján megállapításra kerül, hogy a kiszolgáltató, forgalmazó vagy az ellátást nyújtó a támogatás elszámolására vonatkozó szabályokat megszegte, valamint beszerzéssel és készlettel nem igazolta az elszámolt mennyiséget, az így elszámolt támogatásnak a fizetési kötelezettség megállapításakor érvényes jegybanki alapkamat kétszeresével növelt összegét visszatéríti a fizetési felszólításban megjelölt határidőn belül. Nem kell megfizetni a kamatot, ha annak összege az 1000 forintot nem éri el. A visszatérítési kötelezettség a támogatás jogalap nélküli elszámolását követő 5 éven belül támogatás elszámolása során is érvényesíthető.

(3a) A (3) bekezdés szerinti, beszerzéssel és készlettel történő igazolási kötelezettség nem vonatkozik az egyedi méretvétel alapján gyártott gyógyászati segédeszköz kiszolgáltójára.

(4) Amennyiben a kiszolgáltató, forgalmazó vagy az ellátást nyújtó a támogatás elszámolására vonatkozó előírásokat

*a)* megszegi, vagy két éven belül ismételten megszegi, és

*b)* az előírások megszegése vagy az *a)* pont szerinti időtartamon belül az előírások ismételt megszegése következtében kifizetett támogatás összege meghaladja a külön jogszabályban foglalt mértéket,

a támogatással történő kiszolgáltatásra, forgalmazásra, illetve ellátás nyújtására jogosító szerződést az egészségbiztosító felmondja. Az érintett egészségügyi szolgáltatóval a 30. § (2) bekezdés alapján új szerződés a szerződés megszűnésétől számított egy évig nem köthető. Nem köthető továbbá a szerződés megszűnésétől számított egy éven belül olyan egészségügyi szolgáltatóval sem szerződés, amelyben a felmondással érintett egészségügyi szolgáltató tagja vagy vezető tisztségviselője tag vagy vezető tisztségviselő.

(5) Amennyiben az egészségbiztosító végzett ellenőrzés során az egyedi méretvétel alapján rendelésre készített gyógyászati segédeszköz vonatkozásában olyan hibás teljesítést állapít meg, amely szavatossági igény érvényesítésével nem szüntethető meg, és a gyógyászati segédeszköz készítéséért elszámolt támogatás összege meghaladja a külön jogszabályban meghatározott mértéket, akkor a társadalombiztosítási támogatás elszámolására vonatkozó szerződést azonnali hatállyal fel kell mondani.

(8) Amennyiben a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök forgalmazására jogosult



személy a külön törvényben és annak felhatalmazása alapján kiadott rendeletben foglalt, a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök reklámozására és ismertetésére vonatkozó szabályokat megszegi, úgy - az eljáró hatóság kezdeményezésére - a támogatással történő forgalmazást legfeljebb egy év időtartamra fel kell függeszteni.

## 2011. évi CXII. törvény

### az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról

Az Országgyűlés az információs önrendelkezési jog és az információszabadság biztosítása érdekében, a személyes adatok védelmét, valamint a közérdekű és a közérdekből nyilvános adatok megismeréséhez és terjesztéséhez való jog érvényesülését szolgáló alapvető szabályokról, valamint az ezen szabályok ellenőrzésére hivatott hatóságról az Alaptörvény végrehajtására, az Alaptörvény VI. cikke alapján a következő törvényt alkotja:

#### 3. Értelmező rendelkezések

**3. §** E törvény alkalmazása során:

3. *különleges adat*:

a) a faji eredetre, a nemzetiséghez tartozásra, a politikai véleményre vagy pártállásra, a vallásos vagy más világnézeti meggyőződésre, az érdek-képviselői szervezeti tagságra, a szexuális életre vonatkozó személyes adat,

b) az egészségi állapotra, a kóros szenvedélyre vonatkozó személyes adat, valamint a bűnügyi személyes adat;

4. *bűnügyi személyes adat*: a büntetőeljárás során vagy azt megelőzően a bűncselekménnyel vagy a büntetőeljárással összefüggésben, a büntetőeljárás lefolytatására, illetve a bűncselekmények felderítésére jogosult szerveknél, továbbá a büntetés-végrehajtás szervezeténél keletkezett, az érintettel kapcsolatba hozható, valamint a büntetett előéletre vonatkozó személyes adat;

5. *közérdekű adat*: az állami vagy helyi önkormányzati feladatot, valamint jogszabályban meghatározott egyéb közfeladatot ellátó szerv vagy személy kezelésében lévő és tevékenységére vonatkozó vagy közfeladatának ellátásával összefüggésben keletkezett, a személyes adat fogalma alá nem eső, bármilyen módon vagy formában rögzített információ vagy ismeret, függetlenül kezelésének módjától, önálló vagy gyűjteményes jellegétől, így különösen a hatáskörre, illetékességre, szervezeti felépítésre, szakmai tevékenységre, annak eredményességére is kiterjedő értékelésére, a birtokolt adatfajtákra és a működést szabályozó jogszabályokra, valamint a gazdálkodásra, a megkötött szerződésekre vonatkozó adat;

6. *közérdekből nyilvános adat*: a közérdekű adat fogalma alá nem tartozó minden olyan adat, amelynek nyilvánosságra hozatalát, megismerhetőségét vagy hozzáférhetővé tételét törvény közérdekből elrendeli;

9. *adatkezelő*: az a természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, aki vagy amely önállóan vagy másokkal együtt az adat kezelésének célját meghatározza, az adatkezelésre (beleértve a felhasznált eszközt) vonatkozó döntéseket meghozza és végrehajtja, vagy az adatfeldolgozóval végrehajtatja;

10. *adatkezelés*: az alkalmazott eljárástól függetlenül az adaton végzett bármely művelet

vagy a műveletek összessége, így különösen gyűjtése, felvétele, rögzítése, rendszerezése, tárolása, megváltoztatása, felhasználása, lekérdezése, továbbítása, nyilvánosságra hozatala, összehangolása vagy összekapcsolása, zárolása, törlése és megsemmisítése, valamint az adat további felhasználásának megakadályozása, fénykép-, hang- vagy képfelvétel készítése, valamint a személy azonosítására alkalmas fizikai jellemzők (pl. ujj- vagy tenyérnyomat, DNS-minta, íriszkép) rögzítése;

26. *adatvédelmi incidens*: személyes adat jogellenes kezelése vagy feldolgozása, így különösen a jogosulatlan hozzáférés, megváltoztatás, továbbítás, nyilvánosságra hozatal, törlés vagy megsemmisítés, valamint a véletlen megsemmisülés és sérülés.

## **1997. évi XLVII. törvény**

### **az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről**

**1. §** E törvény célja, hogy meghatározza az egészségi állapotra vonatkozó különleges személyes adatok és az azokhoz kapcsolódó személyes adatok kezelésének feltételeit és céljait. Személyes adatot csak törvényes cél eléréséhez szükséges esetekben és mértékben lehet kezelni.

#### ***Az adatkezelés célja***

**4. § (1)** Az egészségügyi és személyazonosító adat kezelésének célja:

(2) Egészségügyi és személyazonosító adatot az (1) bekezdésben meghatározottakon túl - törvényben meghatározott esetekben - az alábbi célból lehet kezelni:

s) az egészségügyi ellátásokra jogosultak részére vényen rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás folyamatos és biztonságos kiszolgáltatása, illetve nyújtása érdekében,

z) az egészségügyi ellátásokra jogosult részére a hatásos és biztonságos gyógyszerelés elősegítése, valamint a költséghatékony gyógyszeres terápia kialakítása érdekében,

**11. § (1)** A kezelést végző orvos az általa megállapított, az érintettre vonatkozó egészségügyi adatokról az érintettet közvetlenül tájékoztatja, és - amennyiben az érintett ezt kifejezetten nem tiltotta meg - azokat továbbítja az érintett választott háziornosának.

(2) A háziornos az érintettet - kérelmére - tájékoztatja a rendelkezésére álló egészségügyi adatokról.

(3) Az érintett háziornosa és a kezelését végző orvos a 4. § (1) bekezdése szerinti cél érdekében - ha az érintett ezt írásban nem tiltotta meg - jogosult az érintett által a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett egészségügyi ellátás adatairól tudomást szerezni úgy, hogy az adatokat az egészségbiztosítási szerv elektronikus lekérdezés formájában biztosítja számára. A háziornos a hozzá bejelentkezett biztosított adatait ismerheti meg. Az érintettet a kezelést végző orvos írásban vagy szóban tájékoztatja a tiltakozás lehetőségéről. Az érintett a tiltakozását az egészségbiztosítási szerv részére személyesen, postai úton vagy a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló törvény szerinti elektronikus úton juttatja el.

**12. § (1)** Az egészségügyi és a személyazonosító adatoknak az érintett részéről történő szolgáltatása - az egészségügyi ellátás igénybevételéhez kötelezően előírt személyazonosító adatok és a 13. §-ban foglaltak kivételével - önkéntes.

(2) Abban az esetben, ha az érintett önként fordul az egészségügyi ellátóhálózathoz, a

gyógykezeléssel összefüggő egészségügyi és személyazonosító adatainak kezelésére szolgáló hozzájárulását - ellenkező nyilatkozat hiányában - megadottnak kell tekinteni, és erről az érintettet (törvényes képviselőjét) tájékoztatni kell.

(3) Sürgős szükség, valamint az érintett belátási képességének hiánya esetén az önkéntességet vélemezni kell.

**13. §** Az érintett (törvényes képviselője) köteles a betegellátó felhívására egészségügyi és személyazonosító adatait átadni,

a) ha valószínűsíthető vagy beigazolódott, hogy az *1. számú mellékletben* felsorolt valamely betegség kórokozója által fertőződött, vagy fertőzőes eredetű mérgezésben, illetve fertőző betegségben szenved, kivéve a 15. § (6) bekezdése szerinti esetet,

b) ha arra a *2. számú mellékletben* felsorolt szűrő- és alkalmassági vizsgálatok elvégzéséhez van szükség,

c) heveny mérgezés esetén,

d) ha valószínűsíthető, hogy az érintett a *3. számú melléklet* szerinti foglalkozási eredetű megbetegedésben szenved,

e) ha az adatszolgáltatásra a magzat, illetve a kiskorú gyermek gyógykezelése, egészségi állapotának megőrzése vagy védelme érdekében van szükség,

f) ha bűnüldözés, bűnmegelőzés céljából, továbbá ügyészégi, bírósági eljárás, illetve szabálysértési vagy közigazgatási hatósági eljárás során az illetékes szerv a vizsgálatot elrendelte,

g) ha az adatszolgáltatásra a nemzetbiztonsági szolgálatokról szóló törvény szerinti ellenőrzés céljából van szükség.

(2) A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyászati ellátás kiszolgáltatója, illetve nyújtója az (1) bekezdés szerinti adatokat a 4. § (2) bekezdés s) pontjában foglalt céllal kezelheti.

(2a) Ha a vényt kiváltó személy nem az (1b) bekezdés szerinti módon igazolja a vényrendelést, a gyógyszer, a gyógyszerárban forgalmazható gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatója TAJ szám útján ellenőrzi a vényt kiváltó személy személyazonosságát.

(3) A gyógyszerész a 4. § (2) bekezdés z) pontja szerinti cél érdekében - amennyiben az érintett ezt írásban vagy elektronikus kapcsolattartás keretében nem tiltotta meg - megismerheti a gyógyszerellátásban részesülő biztosított által, a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett, gyógyszereléssel kapcsolatos egy éven belüli adatokat - ide nem értve a mentális és viselkedészavarok kezelésére, valamint a szexuális úton terjedő betegségek kezelésére szolgáló gyógyszerekre vonatkozó adatokat - úgy, hogy az adatokat az egészségbiztosítási szerv elektronikus formában biztosítja számára. A gyógyszerész - az adatok rögzítése nélkül - a gyógyszer nevét, mennyiségét és a kiváltás idejét ismerheti meg. Az érintettet a tiltakozás lehetőségéről tájékoztatni kell. Az érintett tiltakozását megteheti az egészségbiztosítási szervnél vagy a gyógyszerésznél. Ha az érintett tiltakozását a gyógyszerésznél tette, azt a gyógyszerész haladéktalanul köteles továbbítani az egészségbiztosítási szerv részére. Az érintett aláírásával igazolja a betekintés megtörténtét.

(4) A gyógyszerkiváltás során a gyógyszerész akkor ismerheti meg a gyógyszerellátásban részesülő biztosított (3) bekezdés szerinti adatait, ha a gyógyszerellátásban részesülő biztosított személyesen jár el.

(5) A gyógyszerész a biztosított kérésére a biztosított részére tájékoztatást ad a

gyógyszerellátásban részesülő biztosított (3) bekezdés szerinti adatairól.

#### A társadalombiztosítási igazgatási szervek adatkezelése

**22. § (1)** A társadalombiztosítási igazgatási szervek részére abban az esetben továbbítható egészségügyi és személyazonosító adat, amennyiben

*a)* arra az érintettnek járó társadalombiztosítási ellátások megállapítása, folyósítása céljából van szükség, és az az egészségi állapot alapján történik,

*b)* az a társadalombiztosítási alapok kezelői gazdálkodásának, továbbá a társadalombiztosítási ellátások folyósításának ellenőrzése céljából indokolt,

*c)* az a 4. § (2) bekezdésének *g)* pontjában foglalt célok teljesítéséhez szükséges.

(2) Az egészségügyi és személyazonosító adatokat a társadalombiztosítási igazgatási szervek kizárólag az ellátás megállapításával, folyósításával, az ellenőrzés lefolytatásával, egészségbiztosítási orvosszakértői, illetve jogorvoslati tevékenységgel megbízott dolgozója, továbbá a 4. § (2) bekezdésének *g)* pontja szerinti feladat teljesítésével megbízott munkatársa kezelheti.

(3) A társadalombiztosítási igazgatási szervek által lefolytatott ellenőrzés során a társadalombiztosítás szerveinek csak egészségügyi felsőfokú szakképesítéssel rendelkező alkalmazottja ismerheti meg az érintett összekapcsolt egészségügyi és személyazonosító adatait.

(5) A társadalombiztosítási igazgatási szerv - a 4. § (2) bekezdés *g)* pontjában meghatározott célból - kezelheti:

*a)* az egészségügyi szolgáltató, az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő, a beutaló (a szolgáltatást rendelő) orvos azonosítását szolgáló - külön jogszabály szerinti - adatokat,

*b)* az *a)* pontban foglaltakon túl az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő TAJ számát, közgyógyellátásra való jogosultság esetén a közgyógyellátási igazolvány számát,

*c)* az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő diagnózisának, a részére nyújtott egészségügyi szolgáltatásnak (ideértve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszereket) a megnevezését, kódját.

(6) Az (5) bekezdés szerinti adatokat az egészségbiztosítási szerv nyilvántartásába való bekerüléstől számított 30 évig, amennyiben az adatkezeléssel érintett ügyben bírósági eljárás indult, akkor az ügy lezárásának időpontjáig lehet kezelni. Ezt követően az adatokat meg kell fosztani a személyes azonosítás lehetőségétől.

#### *Szegedi Ítéltábla Pf.I.20.714/2016/3*

**22/A. § (1)** A 4. § (2) bekezdés *v)* pontja szerinti célból az egészségügyért felelős miniszter rendelete szerint vezetett Betegségregiszter működik.

(2) A Betegségregisztert az egészségügyi államigazgatási szerv hozza létre, működteti és értékeli a beérkezett adatokat.

(3) A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 26. § (3a) bekezdése szerinti, eredményesség alapú támogatásvolumen-szerződés keretében támogatott gyógyszerrel kezelt vagy támogatott gyógyászati segédeszközzel ellátott személyeknek az eredményesség alapú támogatásvolumen-szerződés keretében támogatott gyógyszer vagy támogatott gyógyászati segédeszköz eredményességének megítéléséhez

szükséges egészségi állapotával és az ezen készítmények és eszközök alkalmazását magában foglaló terápiával összefüggő egészségügyi és személyazonosító adataiból előállított, személyazonosításra alkalmatlan adatokat az egészségbiztosítási szerv kapcsolati kóddal ellátva továbbítja a Betegségregiszterbe. Az egészségbiztosítási szerv a Betegségregiszterbe történő adattovábbításhoz az egészségügyi szolgáltatók által az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló kormányrendeletben foglaltak szerint jelentett adatokat használja fel.

(4) A Betegségregiszter a megküldött egészségügyi adatokat személyazonosításra alkalmatlan módon tartalmazza. A kapcsolati kód biztosítja az ellátott beteg, az egyes ellátási események, ideértve a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelését és a (3) bekezdésben meghatározott módon előállított, személyazonosításra alkalmatlan adatok összefűzését. A kapcsolati kód olyan módon kerül kialakításra, ami kizárja a személyes adatoknak a kódból való visszafejtését. Az egészségbiztosítási szerv az adattovábbítást követően törli azokat az adatokat, melyeket egyéb célból nem kezel.

(5) A Betegségregiszterben gyűjtött személyazonosításra alkalmatlan egészségügyi adatokat aggregált módon az egészségügyi államigazgatási szervén keresztül megismerheti az adott gyógyszer forgalomba hozatali engedély jogosultja, illetve kizárólag tudományos célt szolgáló statisztikai elemzés érdekében - az adatkezelési szabályzatában rögzített módon - kutatóintézmény.

**28. § (1)** Az érintettről felvett, a gyógykezelés érdekében szükséges egészségügyi és személyazonosító adatot, valamint azok továbbítását nyilván kell tartani. Az adattovábbításról szóló feljegyzésnek tartalmaznia kell az adattovábbítás címzettjét, módját, időpontját, valamint a továbbított adatok körét.

(2) A nyilvántartás eszköze lehet minden olyan adattároló eszköz vagy módszer, amely biztosítja az adatok 6. § szerinti védelmét.

(3) A kezelést végző orvos az általa vagy az egyéb betegellátó által felvett egészségügyi adatokról, valamint az azzal összefüggő saját tevékenységéről és intézkedéseiről feljegyzést készít. A feljegyzés a nyilvántartás részét képezi.

**29. § (1)** A betegellátó nyilvántartja

a) azokat az érintetteket, akikről bebizonyosodott vagy valószínűsíthető, hogy az 1. számú melléklet szerinti fertőző betegségben szenvednek. Ezzel összefüggésben nyilván kell tartani a megelőző gyógyszeres kezelésre, a szűrővizsgálatra, a járványügyi megfigyelésre, a járványügyi ellenőrzésre, a járványügyi zárlatra kötelezett személyeket,

b) a védőoltásra kötelezett személyeket,

c) azokat, akik kábítószer-élvezők, gyógyszert kóros mértékben fogyasztók, illetve egyéb, hasonló jellegű függőséget okozó anyagot használnak.

(2) Az (1) bekezdés a) pontja szerinti, továbbá a védőoltásban részesített személyeket a tisztiorvos is nyilvántartja.

(3) Az (1) bekezdés c) pontja szerinti személyekre vonatkozó egészségügyi és személyazonosító adatokat egymástól elkülönítetten kell tárolni.

(4) A háziorvos a hozzá bejelentkezett érintett kórtörténetében tartja nyilván annak - általa ismert - valamennyi egészségügyi adatát.

(5) A gyógyszerész nyilvántartást vezet az orvosi rendelvényre kábítószer igénybe vett

érintettekről.

**30. §** (1) Az egészségügyi dokumentációt - a képkötő diagnosztikai eljárással készült felvételek, az arról készített leletek, valamint a (7) bekezdés kivételével - az adatfelvételtől számított legalább 30 évig, a zárójelentést legalább 50 évig kell megőrizni. A kötelező nyilvántartási időt követően gyógykezelés vagy tudományos kutatás érdekében - amennyiben indokolt - az adatok továbbra is nyilvántarthatók. Ha a további nyilvántartás nem indokolt - a (3) bekezdés kivételével - a nyilvántartást meg kell semmisíteni.

(2) Képkötő diagnosztikai eljárással készült felvételt az annak készítésétől számított 10 évig, a felvételről készített leletet a felvétel készítésétől számított 30 évig kell megőrizni.

7) A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás kiszolgáltatója vagy nyújtója a papíralapú vényeket, illetve elektronikus vény kiváltásakor az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló rendelet szerint nyomtatott kiadási igazolást 5 évig őrzi meg, azzal, hogy ha a működési nyilvántartásban nem szereplő, de valamely államban gyógyszer rendelésére jogosult személy által rendelt vényköteles gyógyszer kiadásának alapjául szolgáló külföldi vény visszaadásra kerül, a vény másolatát kell megőrizni és az expedálás tényét a vény eredeti példányán fel kell tüntetni. Gyógyászati segédeszköz szaküzletben kiszolgáltató olyan gyógyászati segédeszköz esetén, amelynek kihordási ideje 5 évnél hosszabb, a papíralapú vény, valamint a kiadási igazolás megőrzési ideje a kihordási idővel azonos. A kötelező őrzési időt követően a papíralapú vényeket és a kiadási igazolásokat meg kell semmisíteni.

(7a) A gyógyszer, a gyógyszertárban forgalmazható gyógyászati segédeszköz 35/B. § szerint csatlakozott kiszolgáltatója, az EESZT-ben rögzíti a papíralapon kiállított és felhasznált vény adatait. Az EESZT működtetője az egyes vényekre vonatkozó adatokat a vény visszavonásától, felhasználásától vagy felhasználási idejének lejártától számított 30 év elteltével törli.

(7b) A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatója a megőrzési időn belül jogosult adatot igényelni az EESZT útján kiállított és általa kiszolgált vényekről.

### ***Elektronikus egészségügyi szolgáltatási tér***

**35/A. §** A Kormány által rendeletben kijelölt szerv működtetőként ellátja az EESZT, mint az egészségügyi ellátóhálózat informatikai rendszereinek együttműködését biztosító, az e törvényben vagy e törvény felhatalmazása alapján kiadott miniszteri rendeletben meghatározott központi elektronikus szolgáltatásokat megvalósító egészségügyi ágazati informatikai rendszer működtetésével kapcsolatos feladatokat.

**35/B. §** (1) Az EESZT-hez informatikai rendszere útján csatlakozásra köteles

a) az egészségügyi szolgáltatás nyújtására az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egészségügyi szolgáltató, aki finanszírozási jelentés benyújtására vagy elektronikus adatszolgáltatásra kötelezett,

b) a gyógyszertár,

c) az állami mentőszolgálat,

d) a miniszter által rendeletben meghatározott államigazgatási szerv és egyéb szervezet.

(2) Az egészségügyi ellátóhálózatba tartozó, az (1) bekezdés alá nem tartozó adatkezelők az EESZT-hez a miniszter rendeletében meghatározott feltételekkel csatlakozhatnak.

(3) Az EESZT szolgáltatásai a működtető által biztosított közvetlen hozzáférési felületen és

az (1) és (2) bekezdés alapján csatlakozott adatkezelő (a továbbiakban: csatlakozott adatkezelő) informatikai rendszerén keresztül is igénybe vehetők. A közvetlen hozzáférési felület igénybevétele érdekében regisztrációra köteles valamennyi olyan természetes személy, aki a csatlakozott adatkezelők vagy saját nevében az EESZT szolgáltatásait igénybe veszi.

**35/C. §** (1) Az EESZT-t a 35/B. § (3) bekezdése szerint igénybe vevő természetes személy (a továbbiakban: EESZT felhasználó) azonosítását az EESZT használatakor a működtető végzi el. A csatlakozott adatkezelők, valamint az EESZT felhasználók által az EESZT útján hozzáférhető adatok és szolgáltatások körét az érintett adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések alapján a működtető korlátozhatja.

(2) A működtető az EESZT felhasználó azonosítása, valamint az EESZT útján történő adatkezelés jogszerűségének ellenőrzése és biztosítása céljából egységes azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartást vezet.

(3) Az azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartás

- a) tartalmazza a felhasználó természetes személyazonosító adatait, lakcímét,
- b) tartalmazza az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásában szereplő EESZT felhasználó esetén annak alapnyilvántartási számát,
- c) tartalmazhatja a felhasználó e-mail címét, telefonszámát,
- d) tartalmazza a felhasználó számára megállapított jogosultságokat.

Az azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartás az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásában szereplő felhasználók a) és b) pont szerinti adatait az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásából veszi át.

**35/D. §** (1) A működtető az EESZT útján történő adatkezelések jogszerűségének ellenőrzése, valamint az érintett tájékoztatása céljából a személyes adatok EESZT útján történő kezelése tekintetében nyilvántartást vezet, amely tartalmazza

- a) az érintett születési idejét és nemét, valamint TAJ számát vagy ennek hiányában más, az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló rendeletben meghatározott azonosítóját (a továbbiakban: más azonosító),
- b) az adatkezelő EESZT felhasználó megnevezését,
- c) az adatkezelési művelet időpontját,
- d) az adatkezelési művelet jogalapját, valamint
- e) a kezelt személyes adatok körének meghatározását.

(2) Az (1) bekezdés szerinti adatok nyilvántartásban való megőrzésének határideje 25 év.

(3) A működtető a kérelem benyújtásától számított legrövidebb idő alatt, legfeljebb azonban 25 napon belül, az érintett erre irányuló - családi és utónevét, valamint TAJ számát tartalmazó - kérelmére elektronikus formában, az érintettek számára biztosított közvetlen hozzáférési felületen, vagy papír alapon írásban tájékoztatást ad az érintett (1) bekezdés szerint nyilvántartott adatairól.

(4) A papír alapú adatigénylés költségtérítés megfizetéséhez köthető. Elektronikus formában kiadott adatigénylések költségtérítés megfizetéséhez nem köthetőek.

(5) Az e § szerinti nyilvántartásra egyebekben az információs önrendelkezési jogról szóló törvény adattovábbítási nyilvántartásra vonatkozó szabályait alkalmazni kell.

**35/E. §** (1) A működtető vezetője a felügyelete alá tartozó - az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) 24. § (1) bekezdése szerinti végzettséggel rendelkező - belső adatvédelmi felelőst nevez ki, aki az EESZT szolgáltatásai tekintetében ellátja az Infotv. 24. § (2) bekezdés *a)*-*c)* pontjában, továbbá a (2) és (3) bekezdésben foglalt feladatokat.

(2) Az adatvédelmi felelős a csatlakozott adatkezelőktől és az EESZT felhasználóktól adatot, dokumentumot vagy tájékoztatást kérhet. A kért adatot, dokumentumot vagy tájékoztatást soron kívül, de legkésőbb öt munkanapon belül az adatvédelmi felelős rendelkezésére kell bocsátani.

(3) Az adatvédelmi felelős

*a)* jogszabályi rendelkezések, illetve biztonsági előírások megsértésének észlelése esetén annak megszüntetésére, valamint

*b)* a (2) bekezdés szerinti együttműködés hiányában együttműködésre

hívja fel az érintett csatlakozott adatkezelőt. A felhívás eredménytelensége esetén az adatvédelmi felelős a csatlakozott adatkezelő felügyeleti szervéhez, fenntartójához fordul, és jogszabály szerinti fegyelmi felelősségre vonás felmerülése esetén értesíti a fegyelmi jogkör gyakorlóját is.

#### Központi eseménykatalógus

**35/F. §** (1) A 35/B. § (1) bekezdés *a)* pontja szerinti csatlakozott adatkezelő a 4. § (1) bekezdés *a)*-*c)* pontjában foglalt célból történő hozzáférhetővé tétel érdekében az EESZT útján a működtető rendelkezésére bocsátja az általa kezelt érintettel kapcsolatos alábbi adatokat:

*a)* az érintett TAJ száma vagy ennek hiányában más azonosítója, születési ideje, neme, állampolgársága az EESZT útján továbbított vény és beutaló esetében a vényben és beutalóban foglalt egyéb személyazonosító adatok, az érintett EESZT-ben képzett azonosítója,

*b)* az ellátási esemény megjelölése, típusa, időpontja és időtartama, valamint miniszteri rendeletben meghatározott egyéb adatai és dokumentumai, valamint

*c)* az ellátási eseményt nyújtó egészségügyi szolgáltató megjelölése, EESZT-ben képzett azonosítója, valamint az ellátást végző vagy abban közreműködő személy EESZT azonosítója.

(2) A működtető az EESZT útján nyújtott szolgáltatásokon keresztül, az adatok kezelésére jogosult EESZT felhasználó számára rendszerezett módon hozzáférést biztosít

*a)* az (1) bekezdésben meghatározott adatokhoz, valamint

*b)* az érintettre vonatkozó, a csatlakozott adatkezelők informatikai rendszereiben tárolt és hozzáférhetővé tett további adatokhoz.

(3) Az e § szerinti adatokat a működtető az érintett halálát követő 5 évig, az egészségügyi dokumentációra vonatkozó jogszabályok szerint őrzi meg.

(4) Az érintett jogosult a 35/H. § szerinti önrendelkezési nyilatkozatában megtiltani, hogy a csatlakozott adatkezelő vagy az EESZT felhasználó az (1) bekezdés szerinti adatait a (2) bekezdés szerint megismerhesse.



**35/G. § (1)** A miniszter által rendeletben meghatározott egészségügyi ágazatba tartozó nyilvántartásokhoz vagy azok miniszteri rendeletben meghatározott adataihoz a nyilvántartás vezetője az EESZT útján vagy azon keresztül is - származtatott adatként - hozzáférést biztosít a nyilvántartás adatait jogszabály alapján megismerni jogosultak számára. A nyilvántartás adataihoz való hozzáférés EESZT útján történő biztosítása nem érinti a nyilvántartás vezetőjének azt a jogszabályon alapuló kötelezettségét, hogy a nyilvántartáshoz való hozzáférést más úton is biztosítsa.

(2) Ha valamely (1) bekezdés szerinti nyilvántartás az EESZT útján elérhető, az adott nyilvántartáshoz hozzáféréssel rendelkező egészségügyi szolgáltatás nyújtásával vagy ahhoz kapcsolódó tevékenységével összefüggésben nem hivatkozhat arra, hogy a nyilvántartásba bejegyzett adatot nem ismerte. Az ellenkező bizonyításáig vélelmezni kell annak jóhiszeműségét, aki a nyilvántartásban bízva járt el.

#### Önrendelkezési nyilvántartás

**35/H. § (1)** Az érintett az EESZT útján a Kormány által rendeletben kijelölt, az önrendelkezési nyilvántartást vezető szerv által rendszeresített elektronikus formanyomtatványon, a Kormány által kötelezően nyújtott azonosítási szolgáltatás útján történő azonosítását követően elektronikusan, vagy a Kormány által kijelölt szervnél vagy a kormányablaknál személyesen, vagy meghatalmazottja útján írásban - a (3) bekezdésben meghatározott tartalommal - bejelentheti az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatai e törvény szerinti kezeléséhez hozzájáruló vagy azt korlátozó nyilatkozatát (a továbbiakban: önrendelkezési nyilatkozat).

(2) Ha az érintett az önrendelkezési nyilatkozatát nem az EESZT útján teszi meg, a nyilatkozatot befogadó szerv jegyzőkönyvet vesz fel, és haladéktalanul, de a kézhezvételtől vagy a személyes nyilatkozattételtől számított legfeljebb egy munkanapon belül a nyilatkozatot a (4) bekezdésben meghatározottaknak megfelelő adattartalommal, az önrendelkezési nyilvántartást vezető szerv által rendszeresített elektronikus formanyomtatványon eljuttatja az önrendelkezési nyilvántartást vezető szervnek.

(3) Az (1) bekezdés szerinti bejelentés és az önrendelkezési nyilvántartás tartalmazza:

a)

b) az önrendelkezési nyilatkozatot tevő TAJ számát,

c) azoknak az egészségügyi adatoknak a megjelölését, amelyekre az önrendelkezési nyilatkozat vonatkozik és az ezen egészségügyi adatokra vonatkozó önrendelkezési nyilatkozatot, valamint

d) a (2) bekezdés szerint megtett önrendelkezési nyilatkozat esetében a bejelentés megtételének helyét.

(4) Ha valamely (1) bekezdés szerinti jognyilatkozat tekintetében jogszabály írásba foglalást vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalást követel meg, az önrendelkezési nyilvántartásba bejegyzett jognyilatkozat e követelményt teljesíti.

(5) Az önrendelkezési nyilvántartást vezető szerv

a) a csatlakozott adatkezelő és az EESZT felhasználó számára abból a célból, hogy meg tudja állapítani, hogy az érintett egészségügyi adatainak kezelésére jogosult-e,

b) az adatkezelés jogszerűségének ellenőrzésére vagy megállapítására hatáskörrel rendelkező hatóság vagy bíróság számára, annak végrehajtható döntése alapján az

adatkezelés jogszerűségének ellenőrzése céljából

az érintett TAJ száma alapján az EESZT útján adatot szolgáltat az érintett önrendelkezési nyilatkozatairól. Az adatszolgáltatást úgy kell teljesíteni, hogy abból az érintett egészségügyi vagy hozzá kapcsolódó, az adatkezelés céljához nem szükséges személyes adatára, annak fennállására vagy fennállásának hiányára ne lehessen következtetni.

**35/I. § (1)** Az önrendelkezési nyilvántartás érintettre vonatkozó bejegyzéseit az érintett halála után 5 évvel helyreállíthatatlanul törölni kell.

(2) Ellenkező bizonyításig vélelmezni kell az EESZT felhasználó jóhiszeműségét, ha az önrendelkezési nyilvántartásba bejegyzett nyilatkozat alapján jár el. Az EESZT felhasználó nem hivatkozhat arra, hogy az önrendelkezési nyilvántartásba bejegyzett önrendelkezési nyilatkozatot nem ismeri.

(3) Az érintett - a 35/H. § (1) bekezdésben foglaltak kivételeként - a kezelőorvosa előtt írásban jogosult olyan nyilatkozatot tenni, melyben az önrendelkezési nyilvántartásba bejegyzett korlátozás alól a kezelőorvos számára esetileg felmentést ad. Ilyen esetben a kezelőorvos az EESZT-ben rögzíti a nyilatkozat megtételének tényét, időpontját és tartalmát.

(4) Az érintett törvényes képviselője vagy meghatalmazottja az érintett nevében önrendelkezési nyilatkozat megtételére, módosítására vagy visszavonására a 35/H. § (2) bekezdésében meghatározottak szerint, vagy papír alapon a kormányablaknál jogosult.

#### Egészségügyi profil

**35/J. § (1)** Az érintett kezelőorvosa, ennek hiányában háziorvosa a 4. § (1) bekezdés *a)-c)* pontjában foglalt célból történő, az arra jogosult személyek részére történő hozzáférhetővé tétel érdekében az EESZT útján rögzíti az általa kezelt érintettel kapcsolatban az e törvény szerinti személyazonosító adatok közül az érintett TAJ számát, születési idejét, nemét, továbbá az érintett egészségi állapotával, kórelőzményével, egyes beavatkozásaival kapcsolatos egészségügyi adatokat (a továbbiakban: egészségügyi profil).

(2) Az egészségügyi profilban rögzített adatokat az érintett halála után 5 évvel helyreállíthatatlanul törölni kell.

(3) Az egészségügyi profil nyilvántartásból az adat megismerésére jogosult EESZT felhasználó számára kizárólag egyedileg - TAJ számmal, - azonosított érintettre vonatkozó adat továbbítható.

(4) Az érintett jogosult megtiltani, hogy az (1) bekezdés szerinti adatait az érintett kezelőorvosa vagy háziorvosa rögzítse.

(5) Az érintett írásban kérheti az egészségügyi profil nyilvántartásba bejegyzett adatának javítását az azt bejegyző (1) bekezdés szerinti orvostól, illetve a működtetőtől.

#### Egészségügyi dokumentáció nyilvántartása az EESZT-n belül

**35/K. § (1)** A csatlakozott adatkezelő köteles az EESZT útján a működtető részére a miniszter által rendeletben meghatározott tartalmi és formai követelményeknek megfelelő módon - az egészségügyi dokumentáció megismerésére jogosultaknak a 4. § (1) bekezdés *a)-d)* pontjában meghatározott célból az érintett dokumentumokhoz az EESZT útján való hozzáférés érdekében - megküldeni az egészségügyi ellátás során keletkezett alábbi dokumentumokat:

1. a fekvőbeteg-szakellátásban kiállított zárójelentés,
2. a járóbeteg-szakellátásban kiállított ambuláns lap,

3. szövettani és patológiai leletek,
4. laborleletek,
5. képalkotó diagnosztikai ellátások leletei,
6. műtéti leírások.

(2) A csatlakozott adatkezelő az (1) bekezdés szerinti kötelezettségét úgy is teljesítheti, hogy miniszteri rendeletben meghatározott módon az EESZT rendelkezésére bocsátja az egészségügyi dokumentációnak az egészségügyi szolgáltató rendszerében található elérési útját, ha a műszaki követelményeknek való megfelelést a miniszter rendeletében meghatározottak szerint tanúsítás igazolja.

(3) Az (1) bekezdés szerint megküldött dokumentumokról a működtető - annak érdekében, hogy az egészségügyi dokumentáció megismerésére jogosultak a 4. § (1) bekezdés *a)-d)* pontjában meghatározott célból az érintett dokumentumokhoz az EESZT útján hozzáférhessenek - az EESZT útján nyilvántartást vezet, amely tartalmazza

- a)* az érintett TAJ számát vagy ennek hiányában más azonosítóját, születési idejét, nemét,
- b)* az egészségügyi dokumentum előállítójának azonosításához szükséges adatokat,
- c)* az egészségügyi dokumentumnak az érintett egészségi állapotára vonatkozó adatot nem tartalmazó leírását,
- d)* az egészségügyi dokumentumhoz való hozzáféréshez szükséges információkat, valamint
- e)* az (1) bekezdés szerinti egészségügyi dokumentációkat.

#### Elektronikus betegségregiszter

**35/L. §** (1) A működtető a vele kötött megállapodás alapján az egyes betegségekkel kapcsolatos adatokat tartalmazó nyilvántartást vezető szervek részére biztosíthatja, hogy azok a nyilvántartást az EESZT útján elektronikus úton vezethessék (a továbbiakban: elektronikus betegségregiszter).

(2) Az elektronikus betegségregiszterbe az EESZT útján beküldött adatokat a működtető az adatok megismerése nélkül haladéktalanul továbbítja a Kormány által kijelölt szervnek (a továbbiakban e fejezet alkalmazásában: kapcsolati kódot kezelő szerv), amely az elektronikus betegségregiszterekben szereplő, azonos érintettre vonatkozó adatok biztonságos tárolása érdekében a csatlakozott adatkezelők által átadott személyazonosító adatok tekintetében az átadást követően haladéktalanul, az e § szerinti módon, érintettenként kapcsolati kódot képez.

(3) A kapcsolati kód nem származtatható személyazonosító adatból és tartalmaz véletlenszerűen megállapított, egyedi elemet. A kapcsolati kódot úgy kell létrehozni, hogy az kizárja az érintett személyazonosító adatainak a kódból való visszafejtését, vagy összekapcsolását, de biztosítsa az érintettre vonatkozó egészségügyi adatok személyazonosításra alkalmatlan összekapcsolását. A kapcsolati kódot kezelő szerv a kódképzési módszert nem továbbíthatja, nem hozhatja nyilvánosságra és nem teheti más számára hozzáférhetővé.

(4) A kapcsolati kódot kezelő szerv a betegségregiszterbe továbbított adatokat a kapcsolati kód képzését követően a személyazonosító adatoktól megfosztva, a kapcsolati kóddal kiegészítve az EESZT útján továbbítja a betegségregisztert működtető szervnek. A betegségregisztert működtető szerv az elektronikus betegségregiszterekben szereplő egészségügyi adatokat kapcsolati kód alapján tartja nyilván.

(5) A működtető kizárólag törvényben meghatározott esetben vagy az érintett hozzájárulása alapján, a kapcsolati kód TAJ számmal történő megfeleltetését követően szolgáltat az érintettre vonatkozó egészségügyi vagy hozzá kapcsolódó személyazonosító adatot.

(6) Az (5) bekezdésen kívüli esetekben és az érintett adatkérése kivételével az elektronikus betegségeztérek adatai csak személyazonosításra alkalmatlan módon ismerhetők meg.

#### Az EESZT egyéb szolgáltatásai

**35/M. § (1)** A működtető a digitális képtovábbítás keretében - a 4. § (1) bekezdés *a)-d)* pontja szerinti célból - egyedileg, TAJ számmal vagy ennek hiányában más azonosítóval azonosított érintettre vonatkozóan biztosítja az érintettől képzett diagnosztikai eljárással készített felvétel vagy más digitális képi információ EESZT felhasználó általi elérését és EESZT felhasználók egymás közötti továbbítását. Az EESZT működtetője ennek érdekében nyilvántartást vezet, amely az érintett TAJ számához vagy ennek hiányában más azonosítójához kapcsolatosan tartalmazza, hogy az érintettől képzett diagnosztikai eljárással felvételt készítettek és a felvétel elérési útját. A működtető a nyilvántartásban az érintettre vonatkozó adatot az érintett halálát követő 5 év elteltével törli.

(2) Elektronikus konzílium lefolytatását a működtető az EESZT útján akkor biztosítja, ha a konzíliumra felkért orvos az elektronikus konzílium lefolytatását biztosítja, a konzílium a felkérést elfogadja, és az érintettre vonatkozó adatokat jogosult megismerni.

(3) A működtető a digitális képtovábbítás során továbbított adatokat a szolgáltatás műszaki optimalizálása érdekében legfeljebb 90 napig tárolja.

**35/N. §** A jogszabályban meghatározott jelentéstételre vagy adatszolgáltatásra kötelezett csatlakozott adatkezelő vagy az EESZT felhasználó a jelentéstételt vagy adatszolgáltatást az EESZT útján miniszteri rendeletben meghatározottak szerint teljesíti.

### **39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet**

#### **az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról**

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. § (2) bekezdés *n)* és *o)* pontjában,

a 8. alcím és az 1. melléklet tekintetében az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. § (2) bekezdés *p)* pontjában,

a 9. alcím és a 2. melléklet tekintetében az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. § (2) bekezdés *q)* pontjában,

a 10. alcím tekintetében az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. § (2) bekezdés *r)* pontjában,

a 11. alcím és a 3. melléklet tekintetében az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. § (2) bekezdés *s)* pontjában,

a 12. alcím és a 4. melléklet tekintetében az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. § (2) bekezdés *t)* pontjában,

a 13. alcím és az 5. melléklet tekintetében az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. § (2) bekezdés v) pontjában

kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 152/2014. (VI. 6.) Korm. rendelet 48. § 3. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva a következőket rendelem el:

## **I. FEJEZET**

### **AZ ELEKTRONIKUS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSI TÉR**

#### **1. Értelmező rendelkezések**

##### **1. §** E rendelet alkalmazásában

1. *ágazati felhasználó*: az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT) azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartásában szereplő felhasználó, függetlenül attól, hogy természetes személy vagy szervezeti felhasználó;

2. *csatlakozó adatkezelő*: az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) 35/B. § (1) és (2) bekezdésében meghatározott, a csatlakozást informatikai rendszer útján megvalósító adatkezelő;

3. *szervezeti felhasználó*: a csatlakozott adatkezelő számára az EESZT azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartásában, a csatlakozott adatkezelőre vonatkozó kötelezettségek teljesítése érdekében létrehozott felhasználó;

4. *közvetlen hozzáférési felület*: a működtető által biztosított, az EESZT egyes szolgáltatásainak csatlakoztatott informatikai rendszer nélküli használatát lehetővé tevő felület.

#### **2. A csatlakozás feltételei és rendje**

**2. § (1)** Az Eüak. 35/B. § (1) bekezdés *d)* pontja szerint az EESZT-hez informatikai rendszer útján csatlakozásra köteles államigazgatási szervek:

- a)* a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő,
- b)* az Emberi Erőforrások Minisztériuma,
- c)*
- d)* az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet.

(2) A csatlakozás feltétele annak a működtető általi vizsgálata, valamint a vizsgálat eredményéről kiállított igazolás, hogy a csatlakozó adatkezelő saját informatikai rendszere útján, a meghatározott követelményeknek megfelelően

*a)* képes biztosítani a hozzáférés, azonosítás, szolgáltatáshívás, a kommunikációs csatorna védelmének működését, és

*b)* elvégezte az EESZT szolgáltatások igénybevételéhez szükséges, a csatlakozó adatkezelőhöz köthető hozzáférési jogosultságok beállítását.

(3) A működtető a csatlakozó adatkezelő részére hozzáférhetővé teszi

*a)* a csatlakozó adatkezelő saját informatikai rendszere és az EESZT közötti informatikai kapcsolat kiépítését lehetővé tevő csatlakoztatási felületet és a csatlakozási felület informatikai rendszerbe illesztéséhez, valamint a rendszerek közötti kapcsolat kialakításához

szükséges technikai leírásokat, a csatlakozás informatikai feltételeit és informatikai biztonsági követelményeit,

*b)* a szolgáltatások leírását, műszaki specifikációját, a tipikus folyamatlefutások leírását, a javasolt helyes gyakorlatokat, a szolgáltatáshívások kezelését, az egyes szolgáltatások esetében alkalmazandó biztonsági és egyéb követelményeket,

*c)* a csatlakozás folyamatát, pontos rendjét meghatározó dokumentumokat, és *d)* a követelmények ellenőrzésének menetét.

**3. § (1)** A működtető a csatlakozáshoz szükséges megállapodás és nyilatkozatok tervezetét (a továbbiakban együtt: csatlakozási dokumentáció) internetes honlapján keresztül vagy más elektronikus formában a csatlakozó adatkezelő rendelkezésére bocsátja.

(2) A csatlakozási megállapodásnak tartalmaznia kell legalább

*a)* a csatlakozó adatkezelő nevét, székhelyét,

*b)* a csatlakozásért felelős kapcsolattartó személy nevét és elérhetőségét,

*c)* a csatlakozásban érintett informatikai rendszer vagy rendszerek megnevezését és a csatlakozás időpontjában fennálló verziószámát, a rendszer vagy rendszerek fejlesztőjének megnevezését,

*d)* a csatlakozással kapcsolatos feladatok vállalására vonatkozó nyilatkozatot,

*e)* biztonsági dokumentumokra vonatkozó titoktartási kötelezettségre vonatkozó rendelkezéseket,

*f)* a csatlakozás tesztelésére és az éles üzem megkezdésére vonatkozó szabályokat,

*g)* a felek felelősségére vonatkozó rendelkezéseket,

*h)* költségek viselésére vonatkozó rendelkezéseket, és

*i)* a felek közötti együttműködés szabályait.

(3) A csatlakozást a csatlakozó adatkezelő az általa megfelelően aláírt csatlakozási dokumentáció benyújtásával a működtetőnél kezdeményezi.

(4) A működtető a (3) bekezdés szerint benyújtott csatlakozási dokumentációt annak beérkezését követő tizenöt napon belül megvizsgálja, és ellenőrzi, hogy a csatlakozó adatkezelő az Eüak. és az e rendelet alapján jogosult-e csatlakozásra, az EESZT szolgáltatásainak igénybevételeire. A működtető a csatlakozó adatkezelőt szükség esetén a hiányok pótlására hívja fel. A csatlakozási folyamat a csatlakozási dokumentáció hiánytalan benyújtásának működtető általi visszaigazolásával kezdődik.

(5) A csatlakozó adatkezelő a csatlakozással kapcsolatban vállalt kötelezettségeinek teljesítését haladéktalanul jelzi a működtető számára, amely az ezt követő harminc napon belül elvégzi csatlakozás sikeres teljesítésének ellenőrzésére szolgáló tesztek és vizsgálatokat.

(6) Ha a csatlakozó adatkezelő valamely műszaki vagy egyéb feltételt nem teljesít, a működtető a műszaki hiba vagy a nem teljesített követelmény megjelölésével felhívja a csatlakozó adatkezelőt a hiba megszüntetésére vagy a követelmény teljesítésére. A hiba megszüntetésének vagy a követelmény teljesítésének beálltáig a csatlakozás nem jöhet létre.

(7) Ha a csatlakozó adatkezelő minden, a működtető által előírt műszaki és egyéb feltételt teljesít, a működtető ennek megállapítását követő nyolc napon belül kiállítja a 2. § (2)

bekezdése szerinti igazolást.

(8) A csatlakozó adatkezelő a jogszabályban meghatározott kötelezettségeit az EESZT útján csak azt követően teljesítheti, hogy a csatlakozással kapcsolatos követelményeket teljesítette, és az erre vonatkozó igazolást megkapta.

### 3. Az EESZT szolgáltatás bevezetése

**4. §** Az EESZT szolgáltatás nyújtásának megkezdését követően, annak bevezetése során a működtető a csatlakozó adatkezelők, valamint a csatlakozott adatkezelők által elérhető szolgáltatások körét a 22. § (1) bekezdésében megjelölt adatkezelők vonatkozásában, azok csatlakozási kötelezettségének teljesítésének határidejéig jogosult korlátozni.

**5. § (1)** A csatlakozó adatkezelő az EESZT egyes szolgáltatásainak igénybevétele előtt köteles a csatlakozó informatikai rendszer vonatkozásában - ha több informatikai rendszerrel is csatlakozik, minden egyes informatikai rendszer vonatkozásában - a működtető által meghatározott vizsgálatokat elvégezni.

(2) Az (1) bekezdés szerinti vizsgálatot elvégzettnek kell tekinteni, ha

a) az általa csatlakoztatott informatikai rendszer a működtető által megadott paraméterek mentén megegyezik egy már sikeresen tesztelt informatikai rendszerrel, vagy

b) az általa csatlakoztatott informatikai rendszer által használt interfész megegyezik egy már sikeresen tesztelt interfésszel.

### 4. Adatszolgáltatás teljesítése

**6. §** A csatlakozott adatkezelő számára előírt adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése csatlakoztatott informatikai rendszer útján automatizáltan, a működtető által meghatározott módon és struktúrában, az EESZT adott szolgáltatásának igénybevételével történik. Ettől eltérő módon az előírt adatszolgáltatás kizárólag akkor teljesíthető, ha a működtető erre külön engedélyt ad.

### 5. Közvetlen hozzáférési felület

**7. § (1)** A működtető a közvetlen hozzáférési felület útján elérhető EESZT szolgáltatásokat legalább az EESZT internetes honlapján keresztül köteles biztosítani.

(2) A működtető az érintett számára a közvetlen hozzáférési felület útján elérhető EESZT szolgáltatások körében köteles biztosítani legalább az önrendelkezési nyilvántartás használatának lehetőségét.

### 6. Azonosítási követelmények és jogosultságok kezelése

**8. § (1)** Az azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartás működéséhez szükséges nyilvántartások Eüak. szerinti adatait a nyilvántartásokat vezető szervek az elektronikus ügyintézés és a bizalmi szolgáltatások általános szabályairól szóló törvény szerinti automatikus információátadás vagy legfeljebb huszonnégy órás rendszerességgel megvalósuló egyszerű információátadás útján biztosítják.

(2) Az azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartás az Eüak.-ban meghatározott adatokon túl tartalmazza a szervezeti felhasználó azonosítóját, a szervezeti felhasználóhoz rendelt szimbolikus nevet, a szervezeti felhasználó létrehozását kérő csatlakozó adatkezelő szervezet EESZT azonosítóját, megnevezését, típusát, székhelyét, levelezési címét, email címét, telefonszámát, továbbá - ha rendelkezik ilyen azonosítókkal - az egészségügyi szolgáltatók által végezhető, engedélyezett szakmák és működési engedélyek nyilvántartásában szereplő azonosítóját, az egészségbiztosítási szerv által adott finanszírozási azonosítóját.

(3) Az azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartás tartalmazza az ágazati felhasználók

a) egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap és működési nyilvántartásában szereplő adatai alapján megállapítható jogosultságait,

b) a csatlakozó adatkezelő által az ágazati felhasználóhoz rendelt jogosultságokat és a jogosultságok megvonását,

c) a működtető által beállított jogosultságokat és a jogosultságok megvonását.

(4) A csatlakozott adatkezelő a működtetővel kötött megállapodás alapján igénybe veheti az EESZT azonosítási szolgáltatását a jogszabály alapján nyújtott saját, az igénybe vevő azonosítását igénylő szolgáltatása érdekében.

**9. § (1)** EESZT szolgáltatás kizárólag a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges jogosultsággal rendelkező felhasználó által, annak azonosítását követően vehető igénybe.

(2) Az azonosítás

a) szervezeti felhasználó esetében a működtető által meghatározott tulajdonságokkal rendelkező elektronikus tanúsítvánnyal,

b) természetes személy ágazati felhasználó esetében a működtető által meghatározott többszörös hitelesítést alkalmazó azonosítás igénybevételével,

c) érintett esetében a működtető által biztosított elektronikus felületen, a Kormány által kötelezően biztosított azonosítási szolgáltatás útján

történik.

(3) A működtető az ágazati felhasználó (2) bekezdés a) vagy b) pontja szerinti azonosítását követően az EESZT minden egyes szolgáltatásának használatát megelőzően ellenőrzi, hogy az ágazati felhasználó

a) jogosult-e a szolgáltatás használatára,

b) jogosult-e a csatlakozott adatkezelő vagy annak szervezeti egysége nevében az adott szolgáltatás vonatkozásában eljárni,

c) megfelel-e az adott szolgáltatás igénybevételére vonatkozó speciális feltételeknek, valamint

d) jogosult-e az önrendelkezési nyilvántartás adatait is figyelembe véve az adat megismerésére.

## 7. Üzemszünet és üzemzavar

**10. § (1)** Az EESZT működését érintő vagy a csatlakozott adatkezelő informatikai rendszerét érintő tervezett karbantartások (a továbbiakban: üzemszünet) vagy nem tervezett szolgáltatáskiesés (a továbbiakban: üzemzavar) következtében elmulasztott adatszolgáltatási kötelezettség esetén a kötelezettek kizárólag

a) a 12. §-ban meghatározott, a központi eseménykatalógusba történő adatszolgáltatási kötelezettségét,

b) a 13. §-ban meghatározott, törzsadat közzétételére vonatkozó kötelezettségét,

c) a 19. §-ban meghatározott, az EESZT útján nyilvántartott egészségügyi dokumentumokra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettségét,

d) a 20. §-ban meghatározott, jelentéstételi és adatszolgáltatási kötelezettségét,



e) a 20/A. §-ban meghatározott adatszolgáltatást

kell az üzemszünet esetén annak végét, üzemvar esetén annak tényleges megszűnését követő négy napon belül teljesítenie.

(2) Az EESZT üzemszünete vagy üzemzavara idejére eső adatszolgáltatási kötelezettség elmulasztása esetén nem alkalmazható hátrányos jogkövetkezmény, ha a kötelezett adatszolgáltatási kötelezettségét az (1) bekezdésben meghatározottak szerint teljesíti.

(3) A csatlakozott adatkezelő oldalán felmerült üzemszünet vagy üzemzavar - ideértve a távközlési hálózat vagy a tápellátási rendszer hibáját is - idejére eső adatszolgáltatási kötelezettség elmulasztása esetén nem alkalmazható hátrányos jogkövetkezmény, ha a csatlakozott adatkezelő

a) a hiba tényét annak észlelését követően azonnal jelzi a működtető felé,

b) huszonnégy órát meghaladó hibajavítás esetén a hibaelhárítást követően az elhárítás megtörténtét jelzi a működtető felé, és

c) az elmulasztott adatszolgáltatást az (1) bekezdés szerint teljesíti.

**11. § (1)** A működtető az EESZT üzemeltetésével kapcsolatos eseményekről nyilvántartást vezet (a továbbiakban: üzemeltetési nyilvántartás).

Az üzemeltetési nyilvántartás tartalmazza

a) az üzemszünet előrejelzését,

b) az üzemzavarról szóló tájékoztatást, és

c) a verzióváltással kapcsolatos előzetes tájékoztatást.

(2) A működtető köteles az (1) bekezdés a) pontjával kapcsolatban az üzemszünet tervezett időpontját megelőzően legalább 30 nappal közzétenni

a) a karbantartás megkezdésének és befejezésének időpontját, és

b) az érintett szolgáltatások körét és a várható szolgáltatáskiesés jellegét.

(3) A működtető köteles az (1) bekezdés b) pontjával kapcsolatban az üzemzavar észlelését követően azonnal közzétenni

a) az üzemzavar észlelésének időpontját,

b) az üzemzavar leírását, mely tartalmazza az érintett szolgáltatások körét és a szolgáltatáskiesés jellegét, és

c) ha megállapítható, az üzemzavar elhárításának becsült időpontját.

(4) A működtető köteles az (1) bekezdés b) pontjával kapcsolatban az üzemzavar elhárítását követően 24 órán belül közzétenni az üzemzavar részletes leírását, mely tartalmazza

a) az üzemzavar keletkezésének tényleges időpontját,

b) a ténylegesen érintett szolgáltatások körét, és a szolgáltatáskiesés jellegét, és

c) az üzemzavar megszűnésének (az EESZT teljes funkcionalitással történő működésének visszaállása) tényleges időpontját.

(5) A működtető köteles az (1) bekezdés c) pontjával kapcsolatban az EESZT műszaki specifikációját nem érintő verzióváltás esetén annak tervezett időpontját megelőzően legalább három nappal közzétenni

- a) a verzióváltás tervezett időpontját, és
- b) az érintett szolgáltatások körét.

(6) A működtető köteles az (1) bekezdés c) pontjával kapcsolatban az EESZT műszaki specifikációját érintő verzióváltás esetén annak tervezett időpontját megelőzően legalább hatvan nappal közzétenni

- a) a verzióváltás tervezett időpontját,
- b) a verzióváltással érintett szolgáltatások körét, és
- c) az új verzióra vonatkozó műszaki leírások elérhetőségét.

(7) A működtető az (1) bekezdésben meghatározott üzemeltetési nyilvántartást az EESZT működésétől függetlenül is elérhető honlapján bárki számára elérhetővé teszi.

## **II. FEJEZET**

### **AZ ELEKTRONIKUS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSI TÉR ÚTJÁN IGÉNYBE VEHETŐ SZOLGÁLTATÁSOK**

#### **8. Központi eseménykatalógus**

**12. §** (1) A csatlakozott adatkezelő a központi eseménykatalógus felé történő adatszolgáltatási kötelezettsége keretében az Eüak.-ban meghatározott adatokat és az 1. melléklet szerinti ellátási eseményekre vonatkozó adatokat az esemény megtörténtét követően haladéktalanul, de legkésőbb az 1. mellékletben meghatározott időtartamon belül szolgáltatja.

(2) A csatlakozott adatkezelő az eseménykatalógusba már szolgáltatott hibás adatot az erről való tudomásszerzést követően haladéktalanul, de legkésőbb a tudomásszerzés időpontjától számított, az adatszolgáltatásra az 1. mellékletben meghatározott időtartamon belül javítja vagy törli.

#### **9. Törzsadat-nyilvántartás**

**13. §** (1) A 2. mellékletben meghatározott nyilvántartások és kódtörzsek (a továbbiakban: törzsadat) naprakész adatait a nyilvántartás vezetője vagy a kódtörzs közlétezője köteles az EESZT törzsadat-nyilvántartásában is automatikus információátadás útján közzétenni, vagy a törzsadat elérhetőségét az EESZT útján saját szolgáltatásán keresztül biztosítani.

(2) Más, személyes adatot nem tartalmazó nyilvántartás vagy kódtörzs közzétételét, vagy az ezekhez az EESZT szolgáltatásán keresztül való hozzáférést bármely csatlakozott adatkezelő kezdeményezheti, vagy maga a működtető is biztosíthatja. Az adatkezelő által kezdeményezett közzététel befogadási szabályait a működtető határozza meg, és teszi elérhetővé a csatlakozott adatkezelők számára.

(3) Az EESZT működtetője a személyes adatot tartalmazó törzsadathoz való hozzáférést az EESZT kizárólag azon felhasználói részére biztosítja, akik a törzsadat megismerésére jogosultak.

**14. §** A működtető a törzsadat-nyilvántartásban található nyilvántartásokról és kódtörzsekről katalógust vezet, melyet bárki számára elérhetővé tesz. A katalógus legalább az alábbi adatokat tartalmazza:

- a) törzsadat megnevezése, típusa,
- b) a nyilvántartást vezető vagy a kódtörzset közlétező szervezet megnevezése, és

c) frissítés gyakorisága.

## 10. Önrendelkezési nyilvántartás

**15. § (1)** Az érintett az önrendelkezési nyilvántartásban az Eüak. 35/H. § (1) bekezdésében meghatározott nyilatkozatát

a) adatainak a működtető által meghatározott csoportokba sorolt ágazati felhasználók általi megismerésére vonatkozóan,

b) adatainak meghatározott ágazati felhasználó általi megismerésére vonatkozóan, és

c) a működtető által meghatározott kategóriákba sorolt adatainak megismerésére vonatkozóan teheti meg.

(2) Az érintett az Eüak. 35/J. § (4) bekezdésében meghatározott nyilatkozatot az önrendelkezési nyilvántartáson keresztül, az önrendelkezési nyilatkozat megtételére vonatkozó szabályok szerint teheti meg.

(3) A működtető köteles gondoskodni arról, hogy a nyilatkozat elektronikus rögzítését követően huszonnégy órán belül érvénybe lépjenek a nyilatkozat alapján létrehozott, az adatokhoz történő hozzáférést korlátozó vagy engedélyező szabályok.

**16. § (1)** Az Eüak. 35/I. § (3) bekezdésében meghatározott nyilatkozat alapján a működtető a kezelőorvos számára a nyilatkozat rögzítésétől számított huszonnégy órás időtartamra, az önrendelkezési nyilvántartásba bejegyzett korlátozást figyelmen kívül hagyó hozzáférési jogot biztosít az előtte megjelent érintett egészségügyi adataihoz.

(2) Az (1) bekezdés szerinti nyilatkozat megadására szolgáló nyomtatványt a működtető nyomtatható formában elérhetővé teszi. A nyilatkozat az egészségügyi dokumentáció része.

**17. § (1)** Az érintett a közvetlen hozzáférési felület útján tájékoztatást kaphat arról, hogy

a) mely ágazati felhasználó végzett, vagy kísérelt meg az adataira vonatkozó adatkezelési műveletet végezni, és

b) az a) pont szerinti felhasználó mely csatlakozott adatkezelő vagy a csatlakozott adatkezelő mely szervezeti egysége nevében végezte, vagy kísérelte meg elvégezni a műveletet.

(2) Az érintett a közvetlen hozzáférési felület útján lekérdezheti az önrendelkezési nyilvántartásban található, a lekérdezés időpontjában érvényes rendelkezéseit, vagy azokról a Kormány által kijelölt szervnél vagy a kormányablaknál személyesen tájékoztatást kérhet.

## 11. Egészségügyi profil

**18. § (1)** A kezelőorvos vagy ennek hiányában a háziorvos az Eüak. 35/J. § (1) bekezdésében meghatározott adatszolgáltatási kötelezettsége keretében köteles rögzíteni

a) a 3. mellékletben meghatározott adatokat, valamint

b) az adat rögzítésének alapjául szolgáló esemény, okot adó körülmény vagy dokumentum megjelölését.

(2) A kezelőorvos vagy ennek hiányában a háziorvos az Eüak. 35/J. § (1) bekezdésében meghatározott adatszolgáltatási kötelezettsége keretében rögzítheti az (1) bekezdés szerinti rögzített adat 15. § (1) bekezdés c) pontja szerinti kategóriáját.

(3) A működtető az (1) bekezdés szerinti adatokhoz kapcsolatosan az EESZT-ben megvalósuló adatkezelés jogszerűségének ellenőrzése céljából rögzíti

a) az adat rögzítését végző felhasználó azonosítóját és

b) az adat rögzítésének időpontját.

(4) Az egészségügyi profilban rögzített adatokban bekövetkezett változás esetén a kezelőorvos vagy háziorvos az adatot az (1) bekezdésben meghatározottak szerint módosítja. Az egészségügyi profilban rögzített bejegyzés javítást vagy módosítást indokolni kell.

## 12. Egészségügyi dokumentáció nyilvántartása

**19. § (1)** Az EESZT útján nyilvántartott és a 4. mellékletben meghatározott egészségügyi dokumentumokra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség keretében a csatlakozott adatkezelő

a) a működtető által közzétett technikai követelményeknek megfelelő módon továbbítja a dokumentumokat, vagy

b) a működtető által közzétett technikai követelményeknek való megfelelés esetén a dokumentumoknak a csatlakozó adatkezelő egészségügyi informatikai rendszeréből való közvetlen elérését lehetővé tevő hivatkozás továbbításával biztosítja.

(2) A dokumentumok továbbítására vonatkozó, e §-ban meghatározott adatszolgáltatási kötelezettséget

a) betegnek átadott dokumentum esetén a dokumentum betegnek való átadását,

b) betegnek át nem adott dokumentum esetén a dokumentum jóváhagyását,

c) az EESZT nyilvántartásába már továbbított dokumentum esetében annak megváltozását követően azonnal, de legkésőbb a 4. mellékletben az egyes dokumentumok vonatkozásában meghatározott időtartamon belül kell teljesíteni.

(3) Az egészségügyi dokumentumok nyilvántartásából a működtető az Eüak. 4. § (1) bekezdés a)-d) pontjában meghatározott célból kizárólag az adat megismerésére jogosult ágazati felhasználó számára biztosít hozzáférést az érintettre vonatkozó egészségügyi dokumentumhoz.

## 13. Jelentéstételi és adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése

**20. § (1)** Az 5. mellékletben meghatározott jelentés vagy adatszolgáltatás esetében a jelentési vagy adatszolgáltatási kötelezettséget az EESZT útján, vagy ha az adott kötelezettségre vonatkozóan jogszabály más teljesítési módot jelöl meg, az EESZT útján is kell teljesíteni.

(2) A működtető térítésmentesen biztosítja a jelentéstételi és adatszolgáltatási kötelezettség teljesítésének lehetőségét.

(3) A jelentéstételi és adatszolgáltatási kötelezettség az EESZT útján kizárólag a jelentéstételi és adatszolgáltatási adatlap működtető által közzétett mintájának igénybevételével teljesíthető.

(4) A jelentéstételi és adatszolgáltatási adatlap mintájával szemben támasztott formai és technikai követelményeket, valamint a jelentéstételi és adatszolgáltatási adatlap mintájának az EESZT útján történő közzététele eljárásrendjét a működtető határozza meg. A jelentéstételi és adatszolgáltatási adatlap mintáját a közzétett követelményrendszer alapján a jelentés és adatszolgáltatás címzettje alakítja ki.

(5) A működtető a jelentéstételi és az adatszolgáltatási adatlap mintáját a közzétett

követelményrendszer alapján ellenőrzi, és a követelményrendszernek való megfelelés esetén közzéteszi a jelentések és adatszolgáltatások mintájának katalógusában.

### 13/A. Digitális képtovábbítás és elektronikus konzílium

**20/A. § (1)** Ha a csatlakozott adatkezelő megfelel a szolgáltatás igénybevételéhez szükséges műszaki követelményeknek, a képalkotó diagnosztikai eljárással készített felvétel egészségügyi informatikai rendszerbe történő rögzítésekor adatot szolgáltathat az EESZT működtetője által a digitális képtovábbítási szolgáltatással kapcsolatban vezetett nyilvántartásba. A szolgáltatás igénybevételéhez szükséges műszaki követelményeket a működtető a csatlakozó adatkezelők számára hozzáférhetővé teszi.

(2) A digitális képtovábbítás szolgáltatás keretében kizárólag meghatározott TAJ, vagy ennek hiányában az EESZT által nyilvántartott más azonosító alapján férhet hozzá a szolgáltatás használatára jogosult ágazati felhasználó az érintettre vonatkozó, képalkotó diagnosztikai eljárással készített felvételhez vagy más digitális képi információhoz.

(3) A szolgáltatás keretében létrehozott nyilvántartás tartalmazza azokat a technikai információkat, amelyek segítségével a képek közvetlenül a csatlakozott adatkezelő informatikai rendszeréből érhetőek el. A kiválasztott képet az EESZT továbbítja a hozzáférést kérő fél felé.

(4) A digitális képtovábbítás az adatok biztonságos, csatlakozott adatkezelők közötti küldésére is használható. Ebben az esetben az EESZT az adatok továbbításának technikai megvalósításában nyújt segítséget a csatlakozott adatkezelők részére. Az adatok továbbítását az EESZT csak olyan ágazati felhasználó számára teljesíti, aki az EESZT azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartása és az önrendelkezési nyilvántartás adatai szerint jogosult annak megismerésére.

(5) A szolgáltatás használatával kapcsolatos adatkezelés naplózásra kerül. Az adatkezelés részleteit az érintett az EESZT közvetlen hozzáférési felületén keresztül megismerheti, erre vonatkozó beállítás esetén a képtovábbítás megtörténtéről e-mail útján értesítést kaphat.

**20/B. § (1)** Elektronikus távkonzílium kezdeményezésére (konzíliumot kérő kezelőorvos) és a felkérés elfogadására (konzíliumot adó kezelőorvos) kizárólag a szolgáltatásba külön regisztráló orvos jogosult.

(2) Elektronikus távkonzílium kezdeményezésekor a konzíliumot kérő kezelőorvos állítja össze azoknak az egészségügyi dokumentumoknak (ideértve a képalkotó diagnosztikai eljárások felvételeit is) a listáját, melyeket a távkonzultáció során a konzíliumot adó kezelőorvossal meg kíván osztani. Ha a konzíliumot adó kezelőorvos a felkérést elfogadja, az EESZT akkor biztosítja számára a listán szereplő dokumentumokhoz való hozzáférést, ha az nem ütközik az érintett önrendelkezési nyilvántartásban tett nyilatkozatával. A konzíliumot adó kezelőorvos az elektronikus távkonzílium keretében adott orvosi véleményét a konzíliumot kérő kezelőorvos számára az EESZT útján továbbítja.

(3) Az elektronikus távkonzíliumra vonatkozó felkérés elfogadása nem kötelező.

### 13/B. Elektronikus betegségregiszter

**20/C. § (1)** Az EESZT útján vezetett elektronikus betegségregiszterbe történő adatszolgáltatás kizárólag az elektronikus adatszolgáltatási úrlapon teljesíthető.

(2) Az adatszolgáltatási úrlap mintáját a betegségregisztert vezető szerv maga alakítja ki. Az adatszolgáltatási úrlap mintájával szemben támasztott formai és technikai követelményeket, valamint az úrlap kialakításához szükséges adatmintákat a működtető

határozza meg, és azt a csatlakozott adatkezelők számára hozzáférhetővé teszi. Ha az adatszolgáltatási űrlap kialakításához olyan adatmintára van szükség, amelyet a működtető még nem tett közzé, a betegségregistert vezető szerv kérelme alapján a működtető a kért adatmintát 30 munkanapon belül elkészíti és közzéteszi.

(3) A betegségregistretek személyazonosításra alkalmatlan módon tárolt adataihoz bármely csatlakozott adatkezelő hozzáférhet.

### **III. FEJEZET**

#### **ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK**

##### 14. Hatályba léptető rendelkezés

**21. §** (1) Ez a rendelet - a (2) és (3) bekezdésben foglalt kivétellel - a kihirdetését követő napon lép hatályba.

(2) A 23. § (1) bekezdése és a 24. § 2017. január 1-jén lép hatályba.

(3) A 23. § (2) bekezdése 2017. április 1-jén lép hatályba.

##### 15. Átmeneti rendelkezések

**22. §** (1) A csatlakozással kapcsolatos kötelezettségét

*a)* az Eüak. 35/B. § (1) bekezdés *a)* pontja alapján csatlakozásra köteles, közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató 2017. november 1. napjáig,

*b)* az Eüak. 35/B. § (1) bekezdés *a)* pontja alapján csatlakozásra köteles, nem közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató 2018. november 1. napjáig,

*c)* az Eüak. 35/B. § (1) bekezdés *b)* pontja alapján csatlakozásra köteles gyógyszertár 2017. november 1. napjáig,

*d)* az Eüak. 35/B. § (1) bekezdés *c)* pontja alapján csatlakozásra köteles állami mentőszolgálat 2018. november 1. napjáig,

*e)* a 2. § (1) bekezdésében meghatározott szervezet 2017. március 1. napjáig köteles teljesíteni.

(2) Az Eüak. 35/B. § (1) bekezdés *a)* pontja szerinti csatlakozott egészségügyi szolgáltató a 12. §-ban és a 19. §-ban meghatározott adatszolgáltatási kötelezettségének

*a)* a közfinanszírozott egészségügyi ellátások tekintetében 2017. november 1. napjától,

*b)* a nem közfinanszírozott egészségügyi ellátások tekintetében 2018. november 1. napjától köteles eleget tenni.

(3) A törzsadatot tartalmazó nyilvántartás vezetője vagy kódtörzs közzétevője a 13. §-ban meghatározott közzétételi kötelezettségét legkésőbb 2017. március 1. napjától köteles teljesíteni. Ha az EESZT megfelelő működéséhez szükséges törzsadat szolgáltatását az arra kötelezett nem tudja közvetlenül az EESZT szolgáltatásának igénybevételével teljesíteni, a működtető - megállapodás alapján - ideiglenes jelleggel átvállalhatja az adatszolgáltatással kapcsolatos kötelezettségéhez kapcsolódó technikai műveletek elvégzését, de az adatszolgáltatás tartalmát illetően a felelősség továbbra is a nyilvántartást vezető vagy a kódtörzset közzétevő szervezetet terheli. Az erre vonatkozó megállapodás időtartama nem lehet tizenkettő hónapnál hosszabb.

(4) A 20. §-ban előírt kötelezettség teljesítésére annak kötelezettje 2017. november 1. napjától köteles.

(5) A kezelőorvos, ennek hiányában a háziorvos a 18. §-ban meghatározott feladatát 2017. november 1. napjától köteles teljesíteni.

(6) 2017. január 1. napjáig automatikus információátadás helyett az állami és önkormányzati nyilvántartások együttműködésének általános szabályairól szóló törvény szerinti automatikus adatátadás útján kell az azonosítási és jogosultságkezelési nyilvántartás működéséhez szükséges nyilvántartások Eüak. szerinti adatait, valamint a törzsadat-nyilvántartásba történő közzétételt biztosítani.

(7) 2017. január 1. napjáig a Kormány által kötelezően biztosítandó azonosítási szolgáltatás alatt a Kormány által kötelezően nyújtandó azonosítási szolgáltatást kell érteni.

#### 16. Módosító rendelkezések

##### 23. § (1)

(2)

##### 24. §

#### 1. melléklet a 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelethez

#### **Központi eseménykatalógus számára szolgáltatandó adatok**

A központi eseménykatalógus számára az alábbi események e mellékletben meghatározott adatait, az esemény időpontját, a csatlakozó adatkezelő informatikai rendszerében való rögzítés időpontját és az esemény rögzítéséért felelős személy azonosítóját kell közölni.

	A	B	C
1	Esemény leírása	Adatszolgáltatás	Határidő
		- ellátott személy azonosító típusa és értéke (TAJ) - beutaló vagy a beutalást megalapozó ellátás adatai (a felvétel jellege)	
2	az egészségügyről szóló <a href="#">1997. évi CLIV. törvény</a> (a továbbiakban: <a href="#">Eütv.</a> ) <a href="#">91.</a> és <a href="#">92. §-a</a> szerinti fekvőbeteg-szakellátás megkezdése	- beutaló orvos azonosítója - beutaló orvos munkahelye - finanszírozás típusa - finanszírozási törzsszám - beutaló/iránydiagnózis - az ellátást végző kórházi osztály finanszírozási szerződés szerinti 9 karakteres kódja - a beteg kezelőorvosának azonosítója - az ellátásnak az ellátó informatikai rendszerében értelmezett egyedi azonosítója	1 óra
3	az <a href="#">Eütv. 91.</a> és <a href="#">92. §-a</a> szerinti fekvőbeteg-	az ellátás megkezdésekor létrehozott esemény-katalógus	1 óra

	szakellátás befejezése	<ul style="list-style-type: none"> <li>bejegyzés azonosítója</li> <li>- a beteg további sorsa*</li> <li>- ellátott személy azonosító típusa és értéke (TAJ)</li> <li>- beutaló vagy a beutalást megalapozó ellátás adatai (a felvétel jellege)</li> <li>- beutaló orvos azonosítója</li> <li>- beutaló orvos munkahelye</li> </ul>	
4	az <a href="#">Eütv. 89.</a> és <a href="#">90. §-a</a> szerinti járóbeteg- szakellátás megkezdése	<ul style="list-style-type: none"> <li>finanszírozás típusa</li> <li>- naplósorszám</li> <li>- beutaló/iránydiagnózis</li> <li>- az ellátást végző szervezeti egység finanszírozási szerződés szerinti 9 karakteres kódja</li> <li>- a beteg kezelőorvosának azonosítója</li> <li>- az ellátásnak az ellátó informatikai rendszerében értelmezett egyedi azonosítója</li> </ul>	1 óra
5	az <a href="#">Eütv. 89.</a> és <a href="#">90. §-a</a> szerinti járóbeteg- szakellátás befejezése	<ul style="list-style-type: none"> <li>az ellátás megkezdésekor létrehozott esemény-katalógus bejegyzés azonosítója</li> <li>- továbbküldés</li> <li>- ellátott személy azonosító típusa és értéke (TAJ)</li> <li>- az ellátás típusa</li> <li>- az ellátás helye</li> <li>- az ellátás oka</li> <li>- térítési kategória</li> </ul>	1 óra
6	az egészségügyi alapellátásról szóló <a href="#">2015. évi CXXIII. törvény</a> szerinti házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátás megkezdése	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a szolgáltatási egység kódja (házi orvosi szolgálat esetén az országos nyilvántartási szám)</li> <li>- a beteg kezelőorvosának azonosítója</li> <li>- az ellátásnak az ellátó informatikai rendszerében értelmezett egyedi azonosítója</li> </ul>	1 óra
7	az egészségügyi alapellátásról szóló <a href="#">2015. évi CXXIII. törvény</a> szerinti házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátás befejezése	<ul style="list-style-type: none"> <li>- az ellátás megkezdésekor létrehozott esemény-katalógus bejegyzés azonosítója</li> <li>- továbbküldés</li> </ul>	1 óra



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- azon ellátás esemény-katalógus bejegyzés azonosítója, amelynek keretében a vizsgálat elvégzésre került</li> <li>- ellátott személy azonosító típusa és értéke (TAJ)</li> <li>- beutaló (megrendelő) orvos</li> <li>- beutaló (megrendelő) orvos munkahelye</li> </ul>	
8	CT és MR vizsgálat megkezdése	<ul style="list-style-type: none"> <li>- finanszírozás típusa</li> <li>- naplósorszám</li> <li>- beutaló/iránydiagnózis</li> <li>- az ellátást végző szervezeti egység finanszírozási szerződés szerinti 9 karakteres kódja</li> <li>- az ellátásnak az ellátó informatikai rendszerében értelmezett egyedi azonosítója</li> <li>- vizsgálat típusa</li> </ul>	1 óra
9	CT és MR vizsgálat befejezése	<ul style="list-style-type: none"> <li>- az ellátás megkezdésekor létrehozott esemény-katalógus bejegyzés azonosítója</li> <li>- vizsgálat rövid leírása (technológia, régió, kontrasztanyag használat, illetve nem értékelhető vizsgálat)</li> </ul>	1 óra

Jelmagyarázat:

\* a „beteg további sorsa” fogalom megfelel [az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló rendelet](#) szerinti fogalomnak

2. melléklet a 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelethez

**A törzsadat-nyilvántartásban közzéteendő törzsadatok és az EESZT útján a csatlakozó adatkezelő saját szolgáltatásán keresztül elérhető nyilvántartások**

1. egészségügyi szolgáltatók, az általuk végezhető, engedélyezett szakmák és működési engedélyek nyilvántartása
2. egészségügyi szolgáltatók telephelyeiről vezetett nyilvántartás
3. egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartása
4. az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés keretében megszerezhető szakképesítések nyilvántartása
5. forgalomba hozatali engedéllyel rendelkező gyógyszerek nyilvántartása
6. egyenértékű gyógyszerek nyilvántartása
7. gyógyszerárakról vezetett nyilvántartás

8. a társadalombiztosítási azonosító jelhez tartozó biztosítási jogviszony fennállásának és háziorvosi szolgálat adatainak lekérdezhetősége

9. az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatók nyilvántartása

10. társadalombiztosítási támogatás elszámolására szerződött gyógyszertárak és gyógyászati segédeszköz forgalmazók nyilvántartása

11. az orvosi bélyegzőkről szóló rendelet szerinti orvosi bélyegzők nyilvántartása

12. a társadalombiztosítási támogatással rendelésre jogosító (vényírási) szerződéssel rendelkező orvosok nyilvántartása

13. társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközök nyilvántartása

14. társadalombiztosítás által támogatott gyógyszerek teljes körének nyilvántartása

3. melléklet a 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelethez

**Egészségügyi profil számára szolgáltatandó egészségügyi adatok**

	A	B	C
1	Típus		Adatszolgáltatás
2	Típus (1. szint)	Altípus (2. szint)	Adatelem (3. szint)
3	Figyelmeztetések	allergia	kiváltó tényező allergia leírása megfigyelés időpontja
4		nem-allergiás figyelmeztetések	rövid leírás részletes leírás megfigyelés időpontja
5	Kórtörténet	védőoltások	védőoltás neve védettség (betegség) oltás időpontja oltóanyag azonosítója
6		megoldott, lezárt vagy inaktív problémák	probléma leírása felmerülés időpontja lezárás időpontja megoldás körülményei
7		korábbi műtétek és beavatkozások	beavatkozás leírása beavatkozás időpontja
8	Jelenlegi problémák	aktuális problémák/diagnózisok	probléma/diagnózis leírása felmerülés időpontja
9		beültetett eszközök és implantátumok	eszköz és implantátum leírása típus beültetés időpontja eltávolítás időpontja
10		terápiás javaslatok	terápia típusa javaslat leírása
11		autonómia, fogyatékoság	leírás típus
12	Gyógyszerelés	aktuális gyógyszerelés	hatóanyag (készítmény) neve erősség gyógyszerészeti dózisforma beszedendő mennyiség szedés

			gyakorisága kezelés hossza kezelés kezdete
13	Életmód	életmódi tényezők	megfigyelés típusa megfigyelés értéke időtartam
14	Várandósság	megállapított várandósság	szülés várható időpontja terhesség kimenetele
15	Diagnosztikai eredmények	vércsoport	vércsoport meghatározás időpontja

4. melléklet a 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelethez

#### **Egészségügyi dokumentumok nyilvántartása**

	A	B	C
1	Dokumentum típusa	Határidő	Dokumentum továbbítása
2	Az Eütv. 137. § a) pontja szerinti zárójelentés	1 óra	kötelező
3	Az Eütv. 137. § b) pontja szerinti ambuláns lap	1 óra	kötelező
4	Általános laboratóriumi ellátás lelete	1 óra	kötelező
5	Mikrobiológiai laboratóriumi ellátás lelete	4 óra	opcionális
6	Szövetteni és patológiai lelet	4 óra	kötelező
7	Egyéb laboratóriumi ellátás lelete	4 óra	opcionális
8	CT és MR vizsgálatokról készült lelet	1 óra	kötelező
9	Egyéb képalkotó vizsgálat lelete	1 óra	kötelező
10	Műtéti leírás	4 óra	kötelező

5. melléklet a 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelethez

#### **Jelentéstételi és adatszolgáltatási kötelezettségek**

Az Eüak. 15. §-a szerinti mikrobiológiai laboratórium vizsgálatának eredményéről teljesítendő jelentés.

#### **41/2007. (IX. 19.) EüM rendelet**

**a közforgalmú, fiók- és kézigyógyszertárak, továbbá intézeti gyógyszertárak működési, szolgálati és nyilvántartási rendjéről**

#### **AZ INTÉZETI GYÓGYSZERTÁR MŰKÖDÉSÉHEZ SZÜKSÉGES KÖVETELMÉNYEK**

**22. § (1)** A fekvőbeteg ellátást végző intézményben a gyógyító-megelőző tevékenység folytatása során - a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény, valamint a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet rendelkezéseinek megfelelően - biztosítani kell, hogy a beteg a gyógykezeléséhez szükséges és Magyarországon alkalmazható gyógyszer, magisztrális gyógyszer, kötszer, gyógyászati anyagot és ideiglenes gyógyászati segédeszközt igénybe vehesse.

(2) A fekvőbeteg ellátást végző intézmény az (1) bekezdésben meghatározott feladatokat - ideértve azokat a feladatokat is, amelyeket az intézmény közreműködő bevonásával biztosít - intézeti gyógyszerár útján látja el.

**27. §** (1) Az intézeti gyógyszerellátás megszervezése, a gyógyszerek beszerzése - így különösen a beszerzés megtervezése -, tárolása, elosztása, ellenőrzése, a gyógyszerek készítése és vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatban való részvételének biztosítása, valamint az alkalmazáshoz szükséges szakmai tanácsadás, tájékoztatás biztosítása az intézeti gyógyszerár, illetve az intézeti gyógyszerész feladata. Az intézeti gyógyszerellátást úgy kell megszervezni, hogy a szakszerűség, a betegbiztonság, a folyamatosság és a gazdaságosság általános szempontjai együttesen érvényesüljenek. Az intézeti gyógyszerárnak a tevékenység végzésére megfelelő informatikai rendszert és internetes kapcsolatot, valamint elektronikus levelezési címet kell biztosítania.

(2) Az intézeti gyógyszerár működtetése során a gyógyszermegrendeléseket az osztályok gyógyszer-felhasználási igényei, az esetleges sürgősségi megrendelések, valamint a gyógyszer szállítások ütemének figyelembevételével kell kialakítani.

(3) A közvetlen lakossági ellátás biztosításához szükséges gyógyszerkészlet - a magisztrális gyógyszerek készítéséhez szükséges gyógyszeranyagok kivételével - az intézeten belüli felhasználásra szolgáló készlettel elkülönítetten, kizárólag a külön jogszabály szerint gyógyszer-nagykereskedelmi engedéllyel rendelkező gazdálkodó szervezettől szerezhető be és a Gyftv. 51. § (2) bekezdése szerint elkülönítve tárolható.

**28. §** A gyógyszerek intézeti gyógyszerárban történő tárolása, eltartása során a 9. § (2) bekezdésében foglaltakat kell alkalmazni.

**29. §** (1) Az osztályokra gyógyszer csak gyógyszerési felügyelet mellett adható ki.

(2) A gyógyszerkiadás során ellenőrizni kell, hogy a gyógyszert megrendelő osztályon a gyógyszer alkalmazásához szükséges naprakész információ - így különösen alkalmazási előírás, a gyógyszer forgalomba hozatalát engedélyező hatóság értesítéseivel kapcsolatos adatlap a mellékhatásokról, kölcsönhatásokról - rendelkezésre áll-e.

**31. §** (1) A fekvőbeteg ellátást végző intézményben - a 27. § (2) bekezdésében foglaltakat figyelembe véve - csak az intézeti gyógyszerárban nyilvántartott gyógyszer tartható és alkalmazható. Az osztály szakszerű gyógyszerrendeléséért, felhasználásáért és tárolásáért felelős munkakör(ök) megjelölését a működési szabályzat tartalmazza.

(2) Az intézeti gyógyszerárból intézeti felhasználásra gyógyszer

a) osztályos, illetőleg névre szóló megrendelőlapon, vagy

b) elektronikus megrendelőlapon, vagy

c) e célra rendszeresített - külön jogszabályban meghatározott - egyedi gyógyszerigénylő lapon

rendelhető meg.

(3) A megrendelőlapnak legalább az alábbi adatokat kell tartalmaznia:

a) az osztály, valamint a beteg nevét, a beteg azonosító számát,

b) a gyógyszerrendelésért felelős aláírását és az osztály bélyegzőjének lenyomatát, elektronikus megrendelés esetén a felelős nevét,

c) a rendelés dátumát,

- d) a rendelt gyógyszer nevét, hatáserősségét, gyógyszerformáját,
- e) a rendelt gyógyszer mennyiségét,
- f) a kiadott gyógyszer mennyiségét,
- g) a kiadás dátumát,
- h) a kiadást végző gyógyszerész aláírását, valamint
- i) az átvevő aláírását és az átvétel időpontját.

(4) Az osztályra történő gyógyszer kiszállítás és átvétel folyamatát a működési szabályzat tartalmazza.

(5) Az osztályon történő gyógyszereltárolás során

a) biztosítani kell

aa) a külön jogszabály szerint forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszereknek a forgalomba hozatali engedélyben meghatározott,

ab) a magisztrális gyógyszereknek a Gyógyszerkönyvben, a Szabványos Vényminták gyűjteményében, illetve az egyedi előiratban meghatározott,

ac) a forgalomból kivont, valamint a lejárt felhasználhatósági határidejű gyógyszer - további intézkedésig (selejtezésig) történő - elkülönített,

ad) a tételes elszámolásba besorolt hatóanyagot tartalmazó gyógyszerek elkülönített és szakszerű

tárolását;

b) folyamatosan ellenőrizni kell

ba) a meglévő készleteket,

bb) a gyógyszer felhasználhatósági határidőket,

bc) a tárolás körülményeit, így különösen a hőmérsékletet, fénytől való védelmet.

(6) A fokozottan ellenőrzött szernek minősülő gyógyszerek kórházi rendelésére, tárolására, kiadására és nyilvántartására vonatkozó szabályokat külön jogszabály állapítja meg.

**32. § (1)** Az intézeti gyógyszerháznak a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz beszerzésről és készletről olyan nyilvántartást kell vezetnie, amelyből a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök aktuális készlet- és forgalmi adatai bármikor megállapíthatók.

**35. § (1)** A fekvőbeteg-gyógyintézet az e rendeletben, illetve a külön jogszabályokban meghatározott gyógyszerellátási feladatai összehangolása érdekében Gyógyszerterápiás Bizottságot (a továbbiakban: Bizottság) működtet.

(2) A Bizottság az (1) bekezdésben meghatározott feladatok elősegítése érdekében:

a) javaslatokat dolgoz ki a hatékony, biztonságos és gazdaságos gyógyszerterápiás elvek érvényesítésére;

b) szakmai és gazdasági szempontból elemzi és értékeli a kórház gyógyszerfelhasználását, gyógyszerbeszerzését, és javaslatot tesz az esetleges hiányosságok kiküszöbölésére és az indokolatlannak minősített beszerzések és felhasználások csökkentésére;

c) a helyes terápiás gyakorlatokra vonatkozó szabályok, illetve a gyógyszerrendelés ösztönzéséről szóló jogszabályban foglaltak alapján véleményezi az új gyógyszerterápiás

eljárások kórházon belüli bevezetését és szakszerűségét, valamint meghatározza az új gyógyszerterápiás eljárások gyógyszerzsükségletét;

d) az új gyógyszerek forgalomba hozatalára is figyelemmel javaslatot tesz a kórház gyógyszerkészletének összetételére, valamint

e) ellenőrzi a kórház gyógyszerellátással kapcsolatos minőségbiztosítási feladatait, a szolgáltatások minőségét és az esetleges hiányosságok esetén javaslatot tesz azok megszüntetésére.

### Gyógyszerészi gondozás

**36/A. § (1)** A gyógyszerészi gondozási tevékenység körébe tartozik - ide nem értve a Gytv. 24. § (2) bekezdésében foglaltakat és az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról, valamint a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerekről és a támogatás összegéről szóló rendeletben előírt, a gyógyszerek expedálásához kapcsolódó adminisztratív kontrollt - a vényköteles gyógyszerek és a vény nélkül beszerezhető gyógyszerek és egyéb termékek kiszolgáltatásához kapcsolódva, illetve a betegeknek nyújtott egyéb gyógyszerügyi szolgáltatások részeként

a) a gyógyszerterát orvosi diagnózis nélkül felkereső beteg esetében

aa) szakszerű segítség nyújtása a tünetek értékelésében és szükség esetén a beteg orvoshoz irányítása,

ab) a tünetek megszüntetésére irányuló terápia ajánlása, beleértve az orvosi beavatkozás nélkül alkalmazható módszereket és a vény nélkül beszerezhető gyógyszereket,

ac) a vény nélküli gyógyszerek és egyéb termékek alkalmazásához szükséges információk nyújtása, beleértve a gyógyszerelési problémák felismerését lehetővé tevő ismereteket, az ezek jelentkezése esetén szükséges teendőket, valamint a terápia felfüggesztésének vagy abbahagyásának eseteit is;

b) a gyógyszerterát orvosi rendelvényrel felkereső beteg esetében

ba) a gyógyszer-expediáláshoz és a vény validálásához kapcsolódóan a fennálló gyógyszerelési problémák feltárása és megoldása, különös tekintettel egyes speciális betegségekre és állapotokra (például csecsemő- és kisgyermekkor, terhesség, szoptatás, geriátria, máj- és vesebetegség, gyógyszerallergia),

bb) a biztonságos, költségtakarékos és folyamatos generikus gyógyszerhasználat elősegítése a beteg korábbi gyógyszerelésének felméréseivel, gyógyszerelési problémáinak feltárásával és megoldásával,

bc) az együttműködő készség javítására irányuló tanácsok adása,

bd) tájékoztatás a kockázati tényezőkről és tanácsadás az egészségtudatos magatartás folytatására, az egyes betegségek és szövődményeik kialakulásának megelőzésére;

c) a betegség-specifikus gyógyszerészi gondozás, mely a népegészségügyi programhoz kapcsolódóan az adott betegség és kockázati tényezői korai felismerésére, a betegség késői komplikációinak vagy visszatérésének megelőzésére, a betegek egyensúlyi állapotának fenntartására irányul és - a beteg kezelő orvosával együttműködésben - magában foglalja a kockázati tényezők felmérését és a beteg szükség szerinti orvoshoz irányítását, valamint a beteg oktatását és együttműködő készségének kialakítását, továbbá a beteg gyógyszerhasználatának irányítását.

(2) Gyógyszerészi gondozás a (7) bekezdés szerint közzétett szakmai irányelvekben foglaltak

szerint közforgalmú és fiókgyógyszertárban, valamint intézeti gyógyszertár közvetlen lakossági gyógyszerellátást végző egységében végezhető.

### **2/2008. (I. 8.) EüM rendelet**

#### **a gyógyszertárban forgalmazható, valamint kötelezően készletben tartandó termékekről**

**7. §** (1) Az intézeti gyógyszertár készletének összetételét, mértékét az intézet vezető főgyógyszerésze az intézet által ellátott feladatok figyelembevételével határozza meg a külön jogszabályban meghatározott gyógyszerterápiás bizottság bevonásával.

(2) Fekvőbeteg-gyógyintézetben csak az intézeti gyógyszertár által beszerzett és regisztrált, illetve kiszolgáltatott gyógyszerek tarthatók és alkalmazhatók.

(3) A közvetlen lakossági gyógyszerellátást is végző intézeti gyógyszertár a járóbeteg-ellátás biztosításához szükséges gyógyszer- és termékkészletét elkülönítetten rendeli, tárolja és tartja nyilván.

### **1/2003. (I. 21.) ESzCsM rendelet**

#### **a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerekről és a támogatás összegéről**

**7/A. §** (1) A biztosított a fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa által rendelt valamennyi gyógyszerre térítésmentesen jogosult arra az időtartamra, amíg betegségének megállapítása vagy gyógykezelése, illetve rehabilitációja vagy ápolása, továbbá szülészeti ellátása céljából fekvőbeteg-gyógyintézetben tartózkodik, illetve mindezek hiányában is az első orvosi ellátás keretében, amennyiben egészségi állapota a járóbeteg-ellátása során vagy otthonában az azonnali ellátását indokolja.

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

#### **az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól**

**4. §** (1) A szolgáltató az általa ellátott betegekről, illetve a nyújtott ellátásokról az elszámoláshoz előírt nyilvántartásokat vezeti. A szolgáltató a finanszírozással kapcsolatos - személyes adatokat nem tartalmazó - nyilvántartásokat legalább 5 évig megőrzi.

(2) A szolgáltató az általa nyújtott, a finanszírozás alapjául szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról rejtjelezéssel védett adatátviteli vonalon a megadott formátumban (rekordkép), e rendelet szerint adatot szolgáltat (a továbbiakban: jelentés) a finanszírozó részére. A finanszírozó a befogadott jelentésről az adott ellátási forma szerinti kísérőjegyzéknek megfelelő adattartamú visszaigazolást küld adatátviteli vonalon a szolgáltató részére.

(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.

(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.

**5. § (1)** A szolgáltató a finanszírozó által formailag és tartalmilag hibátlannak talált teljesítményjelentésére vonatkozó javított elszámolási igényét - javító jelentésként - legfeljebb a teljesítés hónapját követő második hónap 5. munkanapjáig küldheti meg.

(4) A (3) bekezdés szerinti hibalista akkor küldhető, ha

a) 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, illetve a jelentett adatok a kötelezően jelentendő adatok nem teljes körét tartalmazzák,

b) a fekvőbeteg-szakellátást igénybe vevő adatai azonos ellátási napon egyéb ellátási formában is jelentésre kerülnek, kivéve krónikus fekvőbeteg-szakellátás esetén a CT, MRI diagnosztikai vizsgálatokat, az újszülöttek járóbeteg-szakellátásban jelenthető szűrővizsgálatát, a dialízis ellátásokat, továbbá az R. 8. számú melléklete szerinti ellátásokat.

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

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

**6/E. § (1)** Az egészségügyi szolgáltató az általa külföldön történő gyógykezelésre beutalt beteg részére végzett külföldön történő gyógykezelésről a 4. § (2) bekezdése szerint adatot szolgáltat a NEAK részére a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló kormányrendelet alapján, ha a beteg a külföldön történő gyógykezelést a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló kormányrendelet szerint vette igénybe.

(2) A magyar biztosítás alapján magyarországi szolgáltató által a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 5. § (3) bekezdése szerint végzett ellátást az egészségügyi szolgáltató „W” térítési kategóriában jelenti. Az így jelentett ellátások fedezetéül az Egészségbiztosítási Alap „Külföldön tervezett egészségügyi ellátások megtérítése” előirányzata szolgál.

**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.

**8. § (1)** Területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálat finanszírozására a NEAK a 2. § j) 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 NEAK a szolgáltatóval akkor köt finanszírozási szerződést, ha az önkormányzat(ok) rendelkezik(nek) a körzetek megosztásáról, ennek érdekében a szolgáltató a szerződés módosítását kezdeményezi. A NEAK 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 NEAK a körzet kialakítását követő egy éven át kiegészíti az adott típusú háziorvosi körzetek előző évi teljesítménye szerinti átlagos havi díjazásának mértékéig, amely az első hónaptól kifizetésre kerül. A 14. § (2)-(4) bekezdése szerint járó díjazás az első hónaptól kifizetésre kerül.

(5) A területi ellátási kötelezettséggel érintett körzet lakosság számát az előző év december 31-ei állapotnak megfelelően a település jegyzője igazolja a NEAK számára minden év március 31-éig, illetve a körzethatár-módosítás miatt kezdeményezett szerződésmódosítással egyidejűleg.

**9. § (1)** A finanszírozó területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi 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 háziorvosának 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 Magyar Orvosi Kamara (a továbbiakban: MOK) területileg illetékes szervezetének beleegyezésével is, amennyiben az (1) bekezdés a) pontja szerinti feltételek nem teljesülnek.

(3) Ha a területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi 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 NEAK a fővárosban legfeljebb 5, megyeszékhelyenként egy-egy hajléktalanok ellátására létrehozott, területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi 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 háziorvosi szolgálat díjazása a háziorvosi 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 egészségügyért felelős miniszter kijelölése alapján a NEAK a fővárosban öt, Debrecenben, Győrben, Miskolcon, Nyíregyházán, Pécsen, Szegeden és Veszprémben egy-egy a hajléktalanok ellátását napi 24 órában, heti 168 órában biztosító, területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi ellátás nyújtására működési engedéllyel rendelkező szolgáltatóval köthet szerződést. A kijelölés a Hajléktalanokért Közalapítvány módszertani javaslatának figyelembevételével 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 háziorvosi szolgáltató a háziorvoshoz 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 háziorvosi szolgálat pedig a 14 éves életkor feletti bejelentkezett biztosítottak után részesül díjazásban. Nem jogosult a szolgáltató a bejelentkezett biztosítottak után díjazásra, ha a 17. § (1) bekezdés szerinti adatszolgáltatási kötelezettségét - figyelemmel az 5. § (1) bekezdésében foglaltakra - nem teljesíti.

(2) A háziorvosi szolgálat a díjazás ellenében köteles a jogszabályokban előírt feladatokat ellátni, így különösen a dokumentált és havonta összesített gyógyítási munkát, gondozási feladatokat, megelőzési és szűrési tevékenységet. A háziorvosi ellátás minőségi színvonalának emelése céljából az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben határozza meg a háziorvosi szolgálat típusának megfelelő indikátorokat. A finanszírozó a háziorvosi szolgálat típusának megfelelő gyógyító-megelőző tevékenysége és adatszolgáltatása alapján havi rendszerességgel értékeli az indikátorok szerinti teljesítést, és erről értesíti az adott szolgálat működtetőjét.

(3) A díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a 17. § (2) bekezdése szerinti nyilvántartás alapján meghatározott korcsoportonkénti pontszám összegének degressziós tényezővel korrigált értéke, valamint a szakképzettségi szorzó szorzataként kell megállapítani. A degressziót 2400 ponttól, illetve vegyes háziorvosi szolgálat esetén 2600 ponttól kell alkalmazni. Számítási módját a 3. számú melléklet A) pontja tartalmazza. A degresszió számításánál az adott háziorvoshoz bejelentkezett valamennyi biztosítottat figyelembe kell venni, függetlenül attól, hogy azok ellátására egy vagy több rendelőben, illetve azonos vagy eltérő rendelési időben kerül sor.

(4) A (3) bekezdés szerinti degresszió alkalmazása alól mentesítést kap az a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi szolgálat, amelyhez bejelentkezett biztosítottak száma nem haladja meg a területi ellátásra kijelölt körzet lakosságát, 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 háziorvosi szolgálat működik, vagy

b) a településen más azonos típusú területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi

szolgálat nem működik.

(5) A (4) bekezdés szerinti degresszió alóli mentesség a területi ellátásra kijelölt körzet legfeljebb 2400 (gyermekközvet esetén 1200) főig terjedő lakosságszámra szól. Amennyiben a területi ellátásra kijelölt körzet lakosságszáma meghaladja a 2400 (gyermekközvet esetén az 1200) főt és a (4) bekezdésben foglalt feltételek fennállnak, a degressziót a 2400 (gyermekközvet esetén 1200) főt meghaladó bejelentkezett biztosítottak tekintetében kell alkalmazni. A 2400 (gyermekközvetben 1200) főre figyelembe vehető pontértéket a NEAK 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 NEAK által kiszámított pontérték alapján kell meghatározni.

(6) A (4)-(5) bekezdések szerinti mentesség tényét a NEAK 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 ponthatára

a) a további szakdolgozó teljes munkaidőben történő foglalkoztatása esetén - kivéve az egy hónapot meghaladó tartós távollétet - 1100 ponttal megemelt érték,

b) nem teljes, de legalább heti 20 órás munkaidőben történő foglalkoztatás esetén az a) pont szerinti 1100 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 háziiorvos 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 - 3900 (vegyes körzet esetén 4100) ponttól alkalmazza. A szakorvos jelölt legfeljebb 4 praxisnál történő egyidejű foglalkoztatása esetén az 1500 pont megosztása a praxisok között arányosan történik.

(2) Az egy pontra jutó díj a praxisfinanszírozás 5. számú melléklet szerinti, a 12/A. § (2) bekezdése alapján módosított kiadási előirányzata egy havi összegének a 4/A. §, a 8. § (4) bekezdése, a 10. § (1) bekezdése, valamint a 14. § (2)-(4a) 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 legfeljebb két 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:

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

(6)

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

(8) A (7) bekezdés szerinti alapszakvizsgának minősül

a) az általános orvostan szakorvosi szakképesítés,

b) a házi orvostan szakorvosi szakképesítés,

c) a belgyógyász szakorvosi szakképesítés és 10 év körzeti, illetve házi orvosi gyakorlat, valamint

d) a házi gyermekorvosi szolgálatnál csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosi szakképesítés.

**12/A. §** (1) A házi orvosi szolgáltató a házi orvos gyógyító-megelőző tevékenységének a 11. § (2) bekezdése szerinti értékelése alapján, abban az esetben jogosult teljesítménydíjazásra, ha a számított indikátorok legalább egyikében pontot ér el.

(2) Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a finanszírozó havonta állapítja meg. Az egy pontra jutó díj összege a minősítő teljesítménydíjazásra elkülönített kiadási előirányzat egy havi összegének és a tárgy hónapban díjazásra jogosult házi orvosi szolgálatok országos szinten összesített pontszámának hányadosa. Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés a 2012. áprilisi időszak értékelésétől kezdődően havi gyakorisággal történik - ide nem értve a (3) bekezdésben foglalt díjfizetést -, amely a tárgy hónapot követő második hónapban kerül utalványozásra.

(3) Az orvosok gyógyszerrendelésének értékelésére a teljesítménydíjazásra elkülönített havi kiadási előirányzat legfeljebb 20%-a fordítható, mely díjazásra negyedéves gyakorisággal kerül sor, amely a negyedév utolsó hónapját követő második hónapban kerül utalványozásra.

**13. §** (1) Ha a területi ellátási kötelezettséggel működő házi orvosi 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 szolgálathoz nem jelentkezett be, vagy

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

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

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

(3) A házi orvosi szolgáltató a tárgy hónapot követő hónap 5. munkanapjáig az ambuláns napló

adatai alapján a *4. számú melléklet* szerint jelenti az általa nyújtott eseti ellátásokat a finanszírozónak. A NEAK 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 tárgyévben 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 a NEAK a jelentés leadásának hónapjában 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:

(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 alapján 2012. december 31-ig jogosult volt a fix összegű díjazás 50%-os emelésére, vagy

db) a kedvezményezett térségek besorolásáról szóló 311/2007. (XI. 17.) Korm. rendelet alapján 2014. december 31-éig jogosult volt a fix összegű díjazás 50%-os emelésére, 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:

(4a) A háziiorvosi szolgáltató havonta - szakdolgozónként, legalább heti 20 órában történő foglalkoztatás esetén - a következő szakdolgozói kiegészítő díjazásra jogosult:

a) a legalább heti 40 órában foglalkoztatott szakdolgozó esetén 20 000 Ft,

b) a legalább heti 30 órában foglalkoztatott szakdolgozó esetén 15 000 Ft,

c) a legalább heti 20 órában foglalkoztatott szakdolgozó esetén 10 000 Ft,

amelyet a háziiorvosi szolgáltató a szakdolgozót közvetlenül megillető bérének, jövedelmének kiegészítésére köteles fordítani.

(4b) A (4a) bekezdés a)-c) pontjában foglaltaktól eltérő mértékű foglalkoztatás esetén a háziorvosi szolgáltató időarányos díjazásra jogosult.

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

(6) Amennyiben a finanszírozó ellenőrzése során megállapítja, hogy a háziorvosi 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 háziorvosi 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 háziorvosi körzetekben, amelyekben a területi ellátási kötelezettségnek 6 hónapot meghaladóan csak helyettesítéssel tudnak eleget tenni, a háziorvosi szolgálat finanszírozása az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (a továbbiakban: ÁEEK) részére - az ÁEEK-kel munkaviszonyban álló orvos igénybevitelével 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.

(9) Ha a (8) bekezdés szerinti esetben az ÁEEK-kel munkaviszonyban álló orvos 60 napot meghaladó keresőképtelen állományban van, terhességi-gyermekágyi segílyt, csecsemőgondozási díjat, gyermekgondozási díjat vagy gyermekgondozást segítő ellátást vesz igénybe, és a helyettesítését az ÁEEK-kel szerződéses jogviszonyban álló másik háziorvos látja el, a finanszírozás a 10. § (1) bekezdésében meghatározott díjazás számítás szerinti átlagos havi díj 100 százalékaival történik, ha a körzet lakosság száma az 1200 főt eléri, alacsonyabb lakosság szám esetén a díjazás arányosan csökken.

(10) A területi ellátási kötelezettségű háziorvosi szolgálatokat működtető szolgáltatók havonta 390 000 Ft összegű rezsitámogatásra jogosultak szolgálatonként. A támogatás utalványozására a (2) bekezdés szerinti díjjal egyidejűleg kerül sor.

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

a) az azonos telephelyen működő, és/vagy

b) a területileg egymás mellett levő

háziorvosi szolgálatokat praxisközösségben működtetheti. Erre tekintettel a NEAK a finanszírozási szerződést módosítja.

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

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

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

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

#### **16. §**

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

(2) A NEAK az (1) bekezdés szerinti jelentés alapján nyilvántartást vezet az egyes házi orvosi szolgálatokhoz bejelentkezett biztosítottokról. Ha egy biztosított egyidejűleg több szolgáltató nyilvántartásában szerepel, a NEAK a legutóbbi bejelentkezést veszi figyelembe, és egyidejűleg törli a másik szolgáltató nyilvántartásából, továbbá a NEAK törli az elhunyt személy adatait is, és a korrigált létszámmal számol. Az utalványozással egyidejűleg tájékoztatja a finanszírozás megszüntetéséről és annak okáról az érintett házi orvosi szolgáltatót.

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

(4)

#### **17/A. §**

**18. § (1)** A 11-12. § alapján megállapított díjat a NEAK a jelentés leadásának hónapjában utalványozza.

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

**18/A. § (1)** Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló kormányrendelet szerinti tartósan betöltetlen házi orvosi és fogorvosi körzeteket betöltő orvosok letelepedésének támogatására a NEAK az ÁEEK szakmai javaslata alapján pályázatot ír ki.

(2) A házi orvosi tevékenység végzéséhez szükséges praxisjog vásárlásának támogatására a NEAK az ÁEEK szakmai javaslata alapján pályázatot ír ki.

(3) Az (1) és a (2) bekezdés szerinti pályázati kiírást a NEAK a honlapján közzéteszi. A pályázati kiírás tartalmazza a kérelem benyújtásának határidejét, az elbírálás szempontjait, a pályázható összeg mértékét és az elbírálás határidejét.

(4) Az (1) és a (2) bekezdés szerinti támogatásról a NEAK és az ÁEEK együttesen dönt.

(5) Az (1) és a (2) bekezdés szerinti támogatás fedezetére az 5. számú melléklet szerinti Célelőirányzatok jogcímen belül a Tartósan betöltetlen házi orvosi és fogorvosi körzetek betöltésének, valamint házi orvosi tevékenység végzéséhez szükséges praxisjog vásárlásának támogatása előirányzat szolgál.

**19. § (1)** A NEAK 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 házi orvosi szolgálatok házi orvosi ellátásra szóló szerződés szerinti összlakosság száma alapján jogosult az ügyeleti ellátás díjazására.

(3) A díjazás alapösszege 42 Ft/fő, amely a fenntartó települési önkormányzat illetékességi területéhez tartozó lakosság szám alapján az alábbiak szerint változik:

a)

b) a díjazás az alapösszegnek a lakosságszám alapján számított

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

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

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

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

települési önkormányzatok esetében;

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

(4) Amennyiben a (3) bekezdés ba)-bc) pontja szerinti település esetében a háziorvosi feladatok munkaidőn kívüli ellátása központi ügyelet útján történik, az ügyeleti szolgáltatást működtető egészségügyi szolgáltató a ba)-bb) pont szerinti esetben 30%-kal, a bc) pont szerinti esetben 20%-kal megemelt ügyeleti díjra jogosult. Amennyiben a központi ügyeleti szolgáltatást működtető egészségügyi szolgáltató a sürgősségi betegellátó osztályt működtető szolgáltatóval és a mentést végző egészségügyi szolgáltatóval kötött megállapodás szerint ügyeleti időben közös diszpécshozzáférést 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 településeken, 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.

#### 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, valamint a teljesítmény mennyiségét befolyásoló egyéb kapacitás adatokat;

b) az egyes rendelések által végezhető szakmákat, szaktevékenységeket;

c) a rendelések azonosítására alkalmas kódszámait;

d) a gondozóintézetek által végezhető szakmákat, szaktevékenységeket és heti óraszámokat;

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

f)



g) a finanszírozó által nem finanszírozott, adott telephelyen működő rendeléseket;

h) a teljesítmény mennyiségét és a teljesítés időbeli ütemezését.

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

(2)-(3)

**29/B. § (1)** Az 5. számú mellékletben „várólista csökkentés és egyéb szakmapolitikai célok fedezete” soron szereplő előirányzat (e § alkalmazásában a továbbiakban: előirányzat) felhasználásánál a járóbeteg-szakellátásra vonatkozó adatszolgáltatási és elszámolási szabályokat a (2)-(8) bekezdésben foglaltak figyelembevételével kell alkalmazni.

(2) A várólista csökkentési programba bevont szolgáltatók részére a 28/C. § (3) és (4) bekezdése szerinti esetekre, az előirányzat terhére, a kapcsolódó járóbeteg-szakellátásban a beavatkozást megelőzően kivizsgálási céllal végzett ellátásokat - ide nem értve az 5. számú mellékletben meghatározott „Laboratóriumi ellátás” előirányzat terhére elszámolható beavatkozásokat - a 6/A. és a 14. számú melléklet szerinti jelentésben a Térítési kategória mezőben megkülönböztető X térítési kategória jelzéssel kell jelenteni.

(3)-(8)

**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 teljesítményjelentést. A teljesítményjelentésnek tartalmazni kell a (4) bekezdés szerinti fekvőbeteg osztályon kezelés alatt álló, valamint a fekvőbeteg-gyógyintézetből elbocsátott beteg részére nyújtott, járóbeteg-szakellátási teljesítményként nem elszámolható ellátást is.

(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 az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról szóló miniszteri rendeleti szabályokban foglaltaknak.

(3) A gondozóintézetek, valamint a gondozást végző részlegek a 6/A. számú melléklet szerinti adatokat kötelesek szolgáltatni. Az adatokat a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig kell megküldeni a finanszírozónak.

(4) Nem számolható el a finanszírozó felé járóbeteg-szakellátási teljesítményként

a) a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó osztályon 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 a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ által végzett, jogszabályban meghatározott orvosszakértői vizsgálatokat, a sürgősségi betegellátási egységben nyújtott és 6 órán belül befejezett ellátást, a jogszabályban meghatározott csecsemőkori szűréseket, a fekvőbeteg-ellátást indokoló betegséggel össze nem függő

onkológiai és citológiai szűréseket, ha azok elvégzése a jogszabályban foglaltak szerint nem történt meg, továbbá a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó osztályra gyermeke mellé felvett, az Eb. tv. 18. § (6) bekezdés *m*) pontja szerinti fogyatékos személy kísérője, a beteg vagy koraszülött gyermekét szoptató anya, továbbá az ellátásban részesülő, az ellátás igénybevételének megkezdésekor a 14. életévét be nem töltött biztosított szülője, törvényes képviselője és közeli hozzátartozója részére végzett járóbeteg-szakellátást;

*b*) az olyan személy részére nyújtott ellátás, akit az ellátás napján - a rendelő beutalása alapján - a rendelőt működtető egészségügyi intézmény valamely fekvőbetegosztályára felvettek;

*c*)

*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 vagy jogszabály előírása alapján a beteg részére egészségügyi szolgáltatást más szolgáltató nyújt, ennek költségeit a szolgáltatók egymás között számolják el. Az elszámolás során legfeljebb az adott szolgáltatásnak a NEAK által alkalmazott aktuális finanszírozási paraméterei és a 6. § (2) bekezdése szerinti forintértékek vehetők figyelembe.

(9)

(10)

(11) Az (1) bekezdés szerinti jelentést meg kell küldeni a finanszírozónak a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig.

(12) A 6. § (2) bekezdésének *b*) pontja alapján a forintérték meghirdetésre a 38. § (3) bekezdésében foglalt szabályokat kell alkalmazni.

(13)

**30/A. §** (1) A vér- és vérkészítmények (a továbbiakban együtt: vérkészítmény) térítési díját az R. 13. számú melléklete tartalmazza. 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 8 napon belül (a továbbiakban: késedelem), az Országos

Vérellátó Szolgálat (a továbbiakban: OVSZ) és a késelemben esett szolgáltató 10 napon belül köteles egyeztetést lefolytatni. Az egyeztetést az OVSZ kezdeményezi a késelemben történő felhívással és a számla kiegyenlítésére vonatkozó felszólítással egyidejűleg. Az egyeztetés számlaegyeztetésből és a kiegyenlítésben történő megállapodásból áll.

(3) Az egyeztetésre nyitva álló 10 napos határidő eredménytelen elteltét követően vagy a megegyezés ellenére sem teljesített fizetés esetén az OVSZ a számlaegyeztetésnek megfelelő, a tárgyhónap utolsó napjáig felmerülő követelését - díjmegettérítés céljából - a tárgyhónapot követő hónap 20. napjáig eljuttatja a NEAK részére.

(4) A NEAK az OVSZ díjmegettérítési, valamint az OVSZ és a szolgáltató által a vérrel való ellátásra kötött szerződésben meghatározott kamat követelését a (3) bekezdés szerinti adatszolgáltatás alapján 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 legfeljebb a mindenkori járóbeteg-szakellátás teljesítményegységének forintértékén kerül meghatározásra az R. 2. mellékletében meghatározott pontértékekkel.

**31. §** (1) A 29. § e) pontja szerinti szolgáltatók az elvégzett tevékenység alapján teljesítménydíjazásban részesülnek.

(2)

(3)

(4) A teljesítménydíjazás a járóbeteg-szakellátás - ide nem értve a laborkassza - és az aktív fekvőbeteg-szakellátás valamint CT-MRI szakellátás (a továbbiakban: összevont szakellátás előírányszata) terhére történik. Az elszámolható teljesítmények kódját az R. tartalmazza.

(5)

(6)

(7)

(8) A társadalombiztosítási és szociális ellátásokkal kapcsolatos orvosszakértői tevékenység az R. 2. számú mellékletében meghatározott pontértékkel finanszírozható.

**31/A. §** (1) A járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók a 2016. november 1-jén lekötött kapacitásuk alapján a 6/C. számú melléklet szerinti fix díjban részesülnek.

(2) Az (1) bekezdés alapján megállapított fix díj a kapacitás bármilyen jogcímen történő növelése esetén sem módosítható.

(3) A finanszírozó az (1) bekezdés alapján megállapított fix díjat csökkenti, ha az egészségügyi szolgáltató kapacitása bármilyen jogcímen - ide nem értve a 6 hónapot meg nem haladó szünetelés esetét - csökken.

(4) Azon egészségügyi szolgáltató részére, amely 2016. november 1-jét követően köt járóbeteg-szakellátás nyújtására finanszírozási szerződést, az (1) bekezdés szerinti fix díjat a finanszírozási szerződés megkötésének napján lekötött kapacitása szerint kell megállapítani.

**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 5. munkanapjáig 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.

**32/A. §** (1) A rosszindulatú daganatos kórkép klinikai gyanúja esetén a CT, MRI egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltató a beutaló kiállításának napjától számított 14 napon belül a szükséges képalkotó diagnosztikai vizsgálatokat köteles elvégezni.

(2) A NEAK folyamatosan ellenőrzi az (1) bekezdésben foglaltak teljesülését, melynek eredményéről és a szükséges intézkedésekről a beutaló kiállítóját tájékoztatja.

(3) Az (1) bekezdésben foglaltak teljesülése esetén, ha a vizsgálat alapján a rosszindulatú daganatos megbetegedés igazolódik, akkor az egészségügyi szolgáltató a vizsgálatnak az R.-ben meghatározott vizsgálati kódja mellett a 99930 kiegészítő kódot is jelentheti, mely TVK-mentesen kerül elszámolásra.

(4) Ha az egészségügyi szolgáltató az (1) bekezdésben foglaltaknak nem tesz eleget és helyette más, a NEAK által meghatározott, nem a biztosított ellátására területileg kötelezett szolgáltató végzi el a vizsgálatot, akkor a vizsgálatot elvégző szolgáltatóval a NEAK a (3) bekezdés szerint számol el az ellátásra kötelezett szolgáltató TVK-jának terhére.

(5) A (4) bekezdésben foglaltak akkor alkalmazhatóak, ha a biztosított vonatkozásában a területileg ellátásra kötelezett szolgáltató egyértelműen megállapítható.

**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 szállított betegek szempontjából legelőnyösebb útszakasz. Az elvégzett teljesítményekről a szolgáltató a 16. számú melléklet szerinti adattartalommal jelentést küld a NEAK-nak a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig. A betegszállító szolgáltatóval szerződéses jogviszonyban álló GPS műholdas navigációs rendszert működtető szolgáltató a saját szerveréről, az elvégzett szállítások validitásának ellenőrzésére, a NEAK által előírt egységes adattartalommal jelentést küld a NEAK részére minden tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig. A teljesítmény-adatok tartalmazzák a finanszírozott gépkocsik azon GPS-adatait, amelyek alkalmasak a gépkocsi teljesítményének, napi futott kilométereinek ellenőrzésére.

(1a) A beteg szállításáról a külön jogszabályban előírt adattartalmú, az utalvány adataival

megegyező, hiánytalanul kitöltött, a betegszállítási esemény idő és kilométer adatait eseményszerűen tartalmazó adatlapot kell vezetni. Az éves költségvetésben egy hónapra rendelkezésre álló keretösszegeből a (2) bekezdés szerinti díjazás és a 34. § (3) bekezdése szerint elkülönített összeg levonása után - az országos teljesítmények figyelembevételével - a NEAK állapítja meg az egy kilométerre jutó országos forintértéket. Szolgáltatónként, egy aktív gépjármű teljesítményeként havonta legfeljebb átlag 8000 hasznos kilométer, és többletférőhelyenként legfeljebb 1600 többletkilométer 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,

c) a főváros és a megyeszékhely közigazgatási területén belül történő szállítás esetén az a) és b) pont szerinti díjon felül a betegkísérő közreműködését igénylő szállításnál betegenként további 500 forint, betegkísérő közreműködését nem igénylő szállításnál betegenként további 250 forint.

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

(3a) A 100 kilométert meghaladó hosszú távú szállítás esetében a megtett útszakasz 100 kilométert meghaladó részének díja 0,8-es degressziós szorzóval kerül kiszámításra.

(4) Nem jelenthető teljesítményként az egészségügyi szolgáltató egy telephelyén belüli, valamint a telephelyei közötti betegszállítás, ha a telephelyek közigazgatási határon belül helyezkednek el. 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.

(4a) A szolgáltató csak olyan teljesítményt jelenthet elszámolásra, amelynek teljesítése megtörtént, és amelyre a beteg felvételének helyéről a betegszállító utalványon megjelölt érkezési helyére történő eljuttatásához - a közlekedési szabályok betartásával a lehetséges legrövidebb, a beteg egészségi állapotának figyelembevételével megválasztott útvonalon - feltétlenül szükség volt.

(5) A NEAK az (1)-(3) bekezdések szerint kiszámított díjat a teljesítést követő hónapban utalványozza.

(6) A betegszállítás finanszírozására irányuló szerződésben meg kell határozni - az egészségügyért felelős miniszter és a NEAK 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 NEAK-hoz 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 a NEAK főigazgatója hagyja jóvá, és egyetértés céljából megküldi az egészségügyért felelős miniszternek.

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

a) új szolgáltatóval,

b) új kapacításra,

c) a meglévő kapacitások módosítására

az egészségügyért felelős miniszter egyetértésével köthető, illetve módosítható. Amennyiben az a)-c) pontok szerinti szerződéskötés éven túli kötelezettség-vállalást is eredményez, az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével köthető meg a finanszírozási szerződés.

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

(10) Ha a NEAK ellenőrzése során megállapítja, hogy a beteg állapotának rosszabbodása miatti mentési esemény bekövetkezésére a betegszállító szolgáltatónak felróható okból került sor, a NEAK az érintett szolgáltató betegszállítási feladatok ellátására kötött finanszírozási szerződését felmondhatja.

(11) Ha a NEAK tudomására jut, hogy a szolgáltató az elszámolható hasznos és többlet kilométerek számát nem az (1), (1a), (3) és (4a) bekezdésben foglaltaknak megfelelően jelentette, és a NEAK ellenőrzése során megállapítja, hogy a jogellenes magatartásra legalább két esetben, a magasabb finanszírozási díj jogosulatlan megszerzése céljából került sor, a NEAK az érintett szolgáltató betegszállítási feladatok ellátására kötött finanszírozási szerződését felmondhatja.

**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 a NEAK havonta a tárgyhónapot megelőző hónapban a 6. § (3) bekezdése szerint utalványoz.

(2) A szolgáltató az elvégzett mentési feladatokról a *23. számú melléklet* szerinti adattartalommal havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig jelentést küld a NEAK-nak.

(2a) A légimentési tevékenység finanszírozása havi 82,533 millió forint fix összegű díjjal történik az 5. számú melléklet szerinti 15. Mentés előirányzat terhére. A szolgáltató az elvégzett mentési feladatokról a *23. számú melléklet* szerinti adattartalommal havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig jelentést küld a NEAK-nak.

(3) A szervátültetést végző orvos vagy munkacsoport, a szerv és a vérminta szállításának díjazása havi 6 millió forint fix összegű díjjal történik az 5. számú melléklet szerinti Mentés előirányzat terhére. A szolgáltató az elvégzett szállítási feladatokról a *32. számú melléklet* szerinti adattartalommal havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig jelentést küld a NEAK-nak.

(4) Ha az agyhalottból történő szervkivételre nem annál az egészségügyi szolgáltatónál kerül sor, ahonnan a szervkivétel hiányában az elhunyt eltemettetésére köteles a holttestet elszállítaná, a szervkivételt végző egészségügyi szolgáltatótól történő halottszállítás teljes költségének megtérítése a (3) bekezdés szerinti díj terhére történik.

**34. §** (1) A boncolás végzéséhez szükséges szakmai minimumfeltételekkel nem rendelkező fekvőbeteg-gyógyintézetben, vagy a nem fekvőbeteg-gyógyintézetben 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 a finanszírozó részére történő megküldését követő hónapban, az egyéb kifizetésekkel egyidejűleg.

(2) Az (1) bekezdés szerinti halottszállításért közigazgatási határon belül 8400 forint, közigazgatási határon túli esetben 12 600 forint szállítási díj illeti meg az (1) bekezdés szerinti intézetet, ha a szállításról szóló számlát igazoltan kiegyenlítette. A teljesítés hónapjának az igazolt kifizetés időpontját kell tekinteni.

(3) A betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás finanszírozására elkülönített előirányzat egyhavi összegéből először a halottszállítás kerül finanszírozásra, a maradék összegből a betegszállítás a 33. § szerint kerül finanszírozásra.

#### Fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása

**36. §** (1) Fekvőbeteg-szakellátás klinikán, kórházban, 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) az intézetben kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátás keretében végzett, az újszülött 0-4 napos korban történő életkorhoz kötött szűrővizsgálata,

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) 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), valamint

b) az R.-ben meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás.

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

- a) az intézmény és az ellátó osztály, valamint a beküldő kódját;
- b) az ellátott személy nevét, TAJ-számát;
- c) az ellátási eset intézeti azonosítószámát (törzsszámát);
- d) a felvétel és az elbocsátás időpontját;
- e) a betegségek megnevezését, kódját, valamint típusjelét;
- f) az elvégzett orvosi beavatkozások jelét és kódját;
- g) a kórházból történő távozás módját;
- h) a tételes elszámolás alá eső eszközök megnevezését és kódját, továbbá az Adatlapon feltüntetett kiegészítő adatokat.

(5) Az ápolást indokoló fődiagnózisnak azt a diagnózist kell feltüntetni, amely az intézményi (osztályos) kezelést meghatározta, amelyhez az ellátási eset kapcsán nyújtott szolgáltatások tartoznak. Nem tüntethető fel olyan diagnózis ápolást 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) A rehabilitációs ellátást végző szervezeti egységek által nyújtott ellátásokat - ide nem értve a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat - a NEAK honlapján közzétett kitöltési útmutató szerint kell jelteni.

**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 államigazgatási szervnek az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló külön jogszabály szerinti mátrix szerkezetű intézetre szóló engedélyével 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 osztályos háttérrel nyújtott nappali kórházi ellátás lekötött kapacitását napi beteglétszámban, ami nem haladhatja meg az osztályos háttér ágyszáma szerint ellátható napi beteglétszám 50 százalékát, azzal, hogy a nappali kórházi ellátást nyújtó szervezeti egység telephelye megegyezik a kapcsolódó osztályos háttérrel biztosító osztály telephelyével.

(3) A krónikus betegellátás szakmai csoportosítási szempontjait, súlyozási szorzóit és a jelentési kódokat, amennyiben az ellátás nem tartozik az R.-ben meghatározott rehabilitációs



ellátási program szerinti nappali ellátások közé, 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 egészségügyért felelős miniszter rendeletben állapíthatja meg.

(4) A 8. számú melléklet szerinti krónikus rehabilitációs betegellátás súlyozási szorzói a finanszírozási összegek megállapítására - a (4c) bekezdésben meghatározott kivétellel - csak azon szolgáltatók rehabilitációs osztályain nyújtott ellátás finanszírozásához alkalmazhatók, amelyek megfelelnek a 8/A. számú mellékletben meghatározott szakmai szempontoknak. A feltételek fennállását a NEAK ellenőrzés alapján állapítja meg.

(4a) A (4) bekezdés szerinti ellenőrzést

a) az év negyedik negyedében valamennyi rehabilitációs osztályra kiterjedően,

b) a szolgáltatónál lekötött fekvőbeteg-szakellátási kapacitás szakmai összetételének rehabilitációs ellátást érintő, legalább 15 ágyszámmal történő módosítása esetén a szerződésmódosítást megelőzően,

c) az orvosok létszámadatai vonatkozásában a finanszírozási szerződés adatai alapján negyedévente

kell lefolytatni.

(4b) 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 (4d) bekezdésben meghatározott kivétellel - a szakmai minősítésének megfelelően kerül finanszírozásra. A szolgáltató a módosított besorolás szerinti teljesítménydíjra az ellenőrzést követő év január 1-jétől, illetve a finanszírozási szerződés módosításának kezdő hatályától jogosult.

(4c) Azon rehabilitációs ellátások esetében, amelyek tekintetében a 8/A. számú melléklet nem határoz meg szakmai szempontokat, a 8. számú melléklet szerinti súlyozási szorzó a finanszírozási összeg megállapítására azon szolgáltatók rehabilitációs osztályain nyújtott ellátás finanszírozásához alkalmazható, amelyek megfelelnek az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges minimumfeltételekről szóló miniszteri rendeletben előírt feltételeknek.

(4d) A (4a)-(4c) bekezdésben foglaltakat az Eftv. vhr. szerinti többletkapacitás-befogadási eljárás hatálya alá nem tartozó esetekben lehet alkalmazni.

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

a) teljesítmény csak olyan osztályról - a 00017, a 00022, a 00023, a 00025, a 00034, a 00036 és a 00037 kódszámú ellátást nyújtó osztály kivételével - számolható el, amelynek ágyszáma eléri vagy meghaladja a tízet;

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;

c)

d) a 00015 kódszámú szakmai csoportba sorolt krónikus osztályról jelentett ápolási eset a felvétel hónapját követő hetedik hónaptól a 00001 kódszámú ápolási tevékenység szakmai szorzójának alkalmazásával számolható el;

e) a d) pont szerinti elszámolási szabályokat nem kell alkalmazni a tartós gépi lélegeztetést igénylő, kómás, illetve tetraplégiában szenvedő betegek ellátása, valamint a pszichiátriai betegek bíróság által elrendelt kötelező gyógykezelése esetében, azzal, hogy a teljes díj kifizetésére a NEAK ellenőrző hálózatának orvosa (főorvosa) ellenőrzését követően kerülhet sor, mely ellenőrzést az ellátó intézménynek kell kezdeményeznie;

f) a d) pont szerinti elszámolási szabályok alkalmazása szempontjából a szolgáltatónál 00001 vagy 00015 kódszámú ellátásra az elbocsátást követő naptól számított hat hónapon belül történt ismételt felvétel esetén a megelőző 12 hónapban végzett 00001 és 00015 kódszámú ápolási események időtartamát is figyelembe kell venni.

(6)

(7) Az intézmény az aktív és a krónikus, a nappali kórházi, a kúraszerű ellátás, a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás, illetve az egynapos beavatkozási esetekről, továbbá a kórházban elhunyt beteg boncolásáról - a 14. számú melléklet szerinti adattartalommal - a tárgyhót követő hónap 5. munkanapjáig jelentést küld a NEAK-nak. A NEAK 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.

(7a) A rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás esetén a teljesítmények rögzítése a 14. számú melléklet szerinti adattartalmú napi betegforgalmi nyilvántartás kitöltésével és a (7) bekezdés szerinti jelentési rend alapján történik.

(8) A krónikus betegellátásban - ideértve a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátást is - a Funkciók Nemzetközi Osztályozása (a továbbiakban: FNO) szerinti funkcionális állapotot a 14. számú mellékletben kell jelenteni.

(8a) A (8) bekezdésben foglaltakon túl a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás esetén meg kell határozni és a betegdokumentációban vezetni kell a rehabilitációs ellátási programban megállapított állapotmutatókat is.

(9)

(10)

### **38. § (1)**

(2) A krónikus ellátások súlyozott napi díja és az R. 3. számú melléklete szerinti HBCs súlyszám díja közti átszámítással a fekvőbeteg-ellátás teljesítmény értéke egységesen HBCs súlyszámokban 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 a NEAK kezdeményezésére az egészségügyért felelős miniszter és az államháztartásért felelős miniszter közös közleményben teszi közzé.

(4)-(7)

**39. § (1)** A biztosított részére az intézménybe történő felvételétől az elbocsátásáig nyújtott

ellátás egy ellátási esetnek számít, függetlenül attól, hogy ez idő alatt az intézmény egy vagy több, szervezetenként önálló osztályán nyújtották az ellátást. Ehhez az ellátási esethez tartozik a felvétel napján az ugyanazon intézetben nyújtott járóbeteg-szakellátás és a határnapon belüli ismételt felvétel is. Krónikus fekvőbeteg-szakellátó intézmények számára azok a napok nem kerülnek finanszírozásra, melyeken a beteg finanszírozott járóbeteg-szakellátást másik egészségügyi szolgáltatótól 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.

(2a) Az R.-ben meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat - a (2) bekezdéstől eltérően - az ellátást végző 40. § (11a) bekezdése szerinti intézmény az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében meghatározott ellátási rend betartásával számolhatja 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 - az R. 8. számú mellékletének 1. és 2., valamint 8-12. pontja szerinti nagy értékű műtéti eljárások, beavatkozások kivételével - 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. Amennyiben az R. 8. számú mellékletének 1. és 2. pontja, valamint 8-12. pontja szerinti nagy értékű műtéti beavatkozás történt, a nagy értékű eljárás, illetve beavatkozás és az azt megelőző ellátás önálló finanszírozási esetként számolható el az elszámolási szabályok alapján.

(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) 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 esetről - ide nem értve az 1903, a 2200, a 2201, a 2203, a 2205, a 2206, a 2207, a 2208, a 2209, a 4003 szakmakóddal rendelkező osztályra történő áthelyezést - a finanszírozási napi díj az aktív ellátás normatív ápolási idejének leteltétől számolható el.

(5a) Az R.-ben meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátások esetén az aktív ellátást követően a normatív ápolási idő leteltétől kezdődően számolható el a

finanszírozási napi díj.

(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 esetről az aktív ellátáson túl az aktív osztályon rehabilitációra is sor került.

(8) Az aktív osztályon kezelt felső határnapot meghaladó idejű esetről (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)

(10)

(11) A nappali kórházi ellátás teljesítménye 0,7-es szorzóval számolható el, kivéve az R.-ben meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat. Nem számolható el teljesítmény heti pihenőnapra, vasárnapra és munkaszüneti napokra.

(11a) A 39. § (2a) bekezdése szerinti ellátásokat

a) nappali ellátásra szerződött járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató, valamint

b) az ellátásoknak megfelelő szakmákban nappali kórházi ellátásra szerződött fekvőbeteg szakellátást nyújtó szolgáltató

számolhatja el.

(12) A szolgáltató a 14. számú melléklet szerinti adatlap 1-20. pontjának kitöltésével köteles a 37. § (7) bekezdése szerint jelentést küldeni az osztályra felvett betegek közül azokról, akiknek az ellátása a tárgyhónap végéig nem fejeződött be. A felvétel és az eltávozás, áthelyezés napja egy napnak számít.

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

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

(15) Az Eftv. alapján létrehozott nappali és kúraszerű ellátásra szerződött járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató részére - a finanszírozási szerződésben meghatározott szolgáltatás, illetve értékarányos teljesítmény mennyiség mértékéig -

a) az R.-ben önálló elszámolási tételként meghatározott nappali, illetve kúraszerű ellátásokat a hozzárendelt pontértékkel,

b) a 0100 belgyógyászat, a 0101 angiológia, phlebológia, lymphológia, a 0103 endokrinológia, anyagcsere és diabetológia, a 0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat, a 0900 neurológia, az 1400 reumatológia és fizioterápia, az 1402 fizioterápia,

az 1800 pszichiátria, a 2200 rehabilitációs medicina alaptevékenységek, az 5700 fizioterápiagyógytorna, az 5711 gyógytorna, az 5712 gyögmasszázs (gyögmasszőri végzettséghez kötött), az 5722 fizikoterápia/fizioterápia (asszisztensi tevékenységként) szakmákban teljesített járóbeteg ellátásokat a hozzárendelt pontértékkel,

c) az R.-ben önálló elszámolási tételként meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat a hozzárendelt súlyszámmal

lehet elszámolni, amennyiben az ellátás megfelel a 4. § (3) bekezdésében és a finanszírozási szerződésben foglalt feltételeknek, továbbá az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról szóló miniszteri rendeleti szabályoknak.

(16) A rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás elszámolásának szabályait az egészségbiztosításért felelős miniszter rendelete tartalmazza.

(17) Amennyiben a beteg állapota szükségessé teszi, a kezelőorvos kezdeményezésére a NEAK ellenőrző főorvosának jóváhagyását követően a rehabilitációs ellátási program - az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében meghatározott feltételekkel - legfeljebb egy alkalommal meghosszabbítható.

**41. § (1)** Krónikus fekvőbeteg-osztályokról naponta csak az osztály ágyszámának megfelelő 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 megszakítást 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.

(3) Önálló finanszírozási esetként számolható el az R. 10. számú mellékletében meghatározott, a jelentés és a finanszírozás szempontjából kúraszerű ellátás időszakában, nem a kúraszerű ellátással összefüggően nyújtott sürgős fekvőbeteg ellátás.

**42. §** A finanszírozással kapcsolatos nem személyes adatok közérdekű adatoknak minősülnek. Az adatokhoz való hozzáférés és ellenőrizhetőségük érdekében

a) a NEAK a havi összesített teljesítményadatokról és a kifizetésekről az 5. melléklet szerinti bontásban, ellátástípusonként készített tájékoztatót - az utalványozással egyidejűleg - megküldi az egészségügyért felelős miniszter által vezetett minisztériumnak (a továbbiakban: minisztérium), amelyet a minisztérium és a NEAK hivatalos tájékoztatóként közzétesz az Egészségügyi Közlönyben,

b) a NEAK a finanszírozási adatok közül a 22. számú melléklet A) pontja szerinti adatokat honlapján közzéteszi, továbbá a C) pont szerinti adatokat megküldi a minisztérium részére,

c) a finanszírozási adatokról a NEAK - a b) pontban foglaltak mellett - a minisztérium részére esetenként, igény szerinti csoportosításban összesítést és elemzést készít.

**43. § (1)** Az R. 1. számú mellékletében szereplő - tételes elszámolás alá eső - egyszer használatos eszközök és implantátumok felhasználásáról olyan nyilvántartást kell vezetni, amely biztosítja a felhasznált eszköz(ök) beszerzését igazoló dokumentum(ok) és az ellátott

esetek közötti megfeleltetést.

(2) Az (1) bekezdés szerinti felhasznált eszközökről és implantátumokról a szolgáltató a finanszírozáshoz a 17. számú melléklet szerinti adatokat a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig megküldi a finanszírozónak.

(3) Az (1) bekezdés szerinti egyes eszközökre és implantátumokra eső éves országos keretszámot a NEAK - a minisztérium egyetértésével - határozza meg. Az eszközök felhasználására a NEAK szolgáltatóként keretösszeget állapít meg. A finanszírozó a megállapított keret mértékéig finanszírozza a felhasználást.

(4) A NEAK 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, a NEAK az elszámolt eszközök térítésére felső korlátot állapíthat meg.

**43/A. §** (1) Az R. 1/A. számú mellékletében szereplő tételes elszámolás alá eső gyógyszerek felhasználásáról elektronikus nyilvántartást kell vezetni a NEAK által erre a célra rendszeresített elektronikus adatlapon.

(2) Az (1) bekezdés szerinti gyógyszerek felhasználásáról a szolgáltató a 17/A. számú melléklet szerinti adatok szolgáltatásával vagy a vényelszámoló rendszeren keresztül számol el a finanszírozóval a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig.

(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.

(5) Az (1) bekezdés szerinti gyógyszerekre eső éves országos keretszámot a NEAK - az egészségügyért felelős miniszter egyetértésével - határozza meg. Adott gyógyszer felhasználására a NEAK szolgáltatóként keretet állapít meg, a finanszírozó a megállapított keret mértékéig finanszírozza a felhasználást.

(6) A NEAK az (1) bekezdés szerinti gyógyszereket - közvetlenül vagy a gyártó/forgalmazó közreműködésével - természetben is biztosíthatja. A NEAK a természetben biztosított gyógyszerek felhasználása tekintetében is felső korlátot állapíthat meg.

**43/B. §** (1) Az 5. számú mellékletben a „várólista csökkentés és egyéb szakmapolitikai célok fedezete” soron szereplő előirányzat (e § alkalmazásában a továbbiakban: előirányzat) felhasználásánál az R. 1. számú mellékletében szereplő - tételes elszámolás alá eső - egyszer használatos eszközök és implantátumok adatszolgáltatási és elszámolási szabályait a (2) bekezdésben foglaltak figyelembevételével kell alkalmazni.

(2) A várólista csökkentési programba bevont szolgáltatók részére a 28/C. § (3) és (4) bekezdése szerinti esetek ellátásához alkalmazott, az előirányzat terhére elszámolható, kapcsolódó speciális finanszírozású eszközöket nem kell figyelembe venni a 43. § (3) bekezdése szerinti keretösszeg felhasználásában. Az előirányzat terhére elszámolható speciális finanszírozású eszközöket az elszámoláshoz a 17. számú melléklet szerinti jelentés Térítési kategória mezőjében megkülönböztető X térítési kategória jelzéssel kell jelteni.

**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 a NEAK - a minisztérium egyetértésével - határozza meg. A műtétek, eljárások végzésére a NEAK szolgáltatónként keretösszeget állapít meg.

(3) Az (1) bekezdés szerinti ellátásokról a szolgáltató a finanszírozáshoz a 17. számú melléklet szerinti adatokat a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig megküldi a finanszírozónak.

**44/A. §** Az 1309 általános anesztéziában végzett fogászati ellátás szakmában működési engedéllyel rendelkező, az R.-ben meghatározott egészségügyi szolgáltató az R. szerinti egynapos ellátás nyújtására jogosult. Az R. szerinti egészségügyi szolgáltató TVK-ja megegyezik a 2013. finanszírozási évre az egészségügyért felelős miniszter és az államháztartásért felelős miniszter által részére megállapított TVK-val, amely csak az általános anesztéziában végzett fogászati ellátásra fordítható és számolható el.

**44/B. §** (1) Az emberi reprodukcióra irányuló különleges beavatkozások végzésére jogosult egészségügyi szolgáltatók erre a célra elkülönített TVK-ját a 28/A. számú melléklet tartalmazza, amely csak a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető meddőségkezelési eljárásokról szóló 49/1997. (XII. 17.) NM rendelet 2. § (1) bekezdés c) pontjában nevesített beavatkozásokra fordítható és számolható el.

(2) Az emberi reprodukcióra irányuló különleges beavatkozások végzésére jogosult egészségügyi szolgáltató a 14703 OENO kódú „Aspiratio ovarii p.fertilisationem artef.USG.dir.”, a 92722 OENO kódú „Embryotransfer” és a 97723 OENO kódú „Stimulatio ovarii medicamentosa p.fertilisationem” elnevezésű eljárások esetében „027 Mesterséges megtermékenyítési eljárások” elnevezéssel intézményi regisztrációs listát vezet, azzal, hogy a regisztrációs kötelezettség csak a beavatkozás-sorozat első beavatkozására terjed ki.

(3) Az (1) bekezdés szerinti egészségügyi szolgáltatók - ha a meddőségkezelési ellátás eredményeképpen igazolható módon közfinanszírozott ellátás keretében élveszülési esemény következett be - szülési eseményenként a 14M 673A HBCs értékének megfelelő fix díjban részesülnek.

**45. §** (1) Az előre nem tervezhető, rendkívüli, illetve egyedi eset a NEAK főigazgatójának döntése alapján bármely, az ellátásra szakmailag alkalmas szolgáltatónak - az esetre vonatkozó külön szerződés nélkül - finanszírozható.

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

**45/A. §** A fekvőbeteg-gyógyintézetben a napi élelmezési nyersanyagnorma általános forgalmi adó nélküli összege naponta és betegenként átlagosan legalább ötszázötven forint.

### **134/1999. (VIII. 31.) Korm. rendelet**

#### **a járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyfürdőellátások árához nyújtott támogatások elszámolásáról és folyósításáról**

A Kormány a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. §-a (2) bekezdésének a) pontjában kapott felhatalmazás alapján az árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatások finanszírozásával kapcsolatban a következőket rendeli el:

**1. § (1)** A járóbeteg-ellátás keretében rendelt, támogatással történő gyógyszer, gyógyászati segédeszköz forgalmazására, gyógyászati segédeszköz javítására, kölcsönzésére, valamint gyógyászati ellátások nyújtására a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel (a továbbiakban: NEAK) szerződést kötött forgalmazó, gyártó, szolgáltató (a továbbiakban: forgalmazó) jogosult a külön jogszabályban, illetve gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök esetén a külön jogszabály szerinti közleményben közzétett támogatás elszámolására az e rendeletben, és a szerződésében foglaltakra figyelemmel.

(2) Az (1) bekezdés szerinti szerződésben kell meghatározni a támogatás elszámolásának és folyósításának jogszabályban nem szabályozott kérdéseit, így különösen a támogatás elszámolásának a forgalmazó által választott gyakoriságát, az elszámolás benyújtásának módját, az elszámolás jogszabályban nem szabályozott formai és tartalmi elemeit.

(3)

**2. § (1)** A támogatás folyósításához szükséges elszámolás alapja az 1. §-ban meghatározott szerződés és az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló rendelet, a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló rendelet vagy az orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokról szóló rendelet szerint előállított érvényes vény, munkalap (a továbbiakban együtt: vény).

(2) Az (1) bekezdés alkalmazásában gyógyszert tartalmazó elektronikus vény esetében az elszámolás alapja az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben kiadottként megjelölt vény.

**2/A. §** A gyógyszertár jelenti a NEAK felé

a) papíralapú vény esetén a javaslatot adó szakorvos pecsétszámát, elektronikus vény esetén az alapnyilvántartási számát, valamint a javaslat keltét, ha a gyógyszert jogszabály szerint indikációhoz kötött emelt, kiemelt támogatással szakorvosi javaslatra rendelték,

b) hogy a vény melyik minősített számítógépes programmal került előállításra.

**2/B. §**

**3. § (1)** A támogatás folyósítására irányuló elszámolás összesítő és részletező elszámolásból áll.

(2) Az összesítő elszámolás a folyósítandó támogatási összeget társadalombiztosítási támogatási, a társadalombiztosítást nem terhelő közgyógyellátási és hadirokkant támogatási jogcím szerinti, ezen belül áfa-kulcsok szerinti nettó összeg, áfa és bruttó összeg bontásban tartalmazza.

(3) A részletező elszámolás tartalmazza

a) a külön jogszabályban meghatározott jogcímenkénti bontásban, a nettó összegek és az áfa-kulcsok szerinti bruttó összegek feltüntetésével

aa) gyógyszerre vonatkozó támogatás elszámolása esetén a folyósítandó támogatási összeget,

ab) gyógyászati segédeszközre vonatkozó támogatás elszámolása esetén a mennyiségi egységenkénti támogatás együttes összegét,

b)



c) gyógyászati segédeszközre vonatkozó támogatás elszámolása esetén az *ab)* alpont szerinti támogatási összeg és a *b)* pont szerinti térítési díj különbözetéből adódó - folyósítandó - támogatási összeget,

d) közgyógyellátás jogcímen kiszolgált vények esetén - amennyiben a fogyasztói ár és a közfinanszírozás alapjául szolgáló ár eltér - a különbözetet,

e) a vényszintű adatállományt.

(4) A támogatás folyósítására irányuló elszámolást elektronikus úton kell benyújtani.

(5) Az új, illetőleg a módosított elszámolórendszer alkalmazását megelőzően az elszámoláshoz szükséges forgalmazói elszámolórendszert a NEAK-kal minősíttetni kell.

(6) Nem felelhet meg a minősítésnek különösen az az elszámolórendszer,

a) amelynek a NEAK által meghatározott és kiadott elszámolási minta alapján előállított tesztelszámolása hibás, vagy

b) amely nem képes a NEAK által kiadott adatszolgáltatási kötelezettségek teljesítésére, vagy

c) amelynek szerzője a kezelt adatok védelmére és biztonságára vonatkozó jognyilatkozatokat nem teszi meg.

(7) A támogatás folyósítására az elszámolás alapját képező vényszintű adatállomány elfogadását követően kerül sor.

(8) A NEAK minden év február 25-éig minden forgalmazónak összesítő eredményszemléletű kimutatást küld írott formában a megelőző naptári évben felmerült támogatási összegekről.

#### **4. § (1) Elszámolási gyakoriságok és időszakok:**

a) havi egyszeri elszámolás esetén a hónap

1-jétől az utolsó napig,

b) havi kétszeri elszámolás esetén a hónap

ba) 1-jétől 15-éig,

bb) 16-ától az utolsó napig,

c) havi négyszeri elszámolás esetén a hónap

ca) 1-jétől 7-éig,

cb) 8-ától 15-éig,

cc) 16-ától 23-áig,

cd) 24-étől az utolsó napig

tartanak.

(2) Az adott elszámolási időszakban csak a tárgyi elszámolási időszak alatt beváltott és kiszolgált vények, illetve a forgalmazók önellenőrzése során feltárt és a NEAK által rögzített, valamint a NEAK által végzett ellenőrzés során feltárt - korábbi elszámolási időszakra vonatkozó - elszámolási hiba miatti korrekciós tételek számolhatók el.

(3) Az elszámolást az elszámolási időszakot követő 3 munkanapon belül kell benyújtani a NEAK-hoz.

(4) Az adott elszámolási időszakban kizárólag azok a tárgyi elszámolási időszak alatt

beváltott és kiszolgált papíralapú vények nyújthatók be elszámolásra, amelyeken szerepel a vényen rendelt terméket átvevő személy és a vény ellenében a terméket átadó személy kézjegye.

(4a) Az adott elszámolási időszakban kizárólag azok a tárgyi elszámolási időszak alatt beváltott és kiszolgált elektronikus vények számolhatók el, amelyek kiadásakor a gyógyszer kiadója az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló rendelet szerinti kötelező adatrögzítést elvégezte, és amelyhez a rendelt terméket átvevő személy aláírását tartalmazó kiadási igazolás készült, vagy az átvételt az aláírást rögzítő vagy a jogosult átvevő személyét azonosító egyéb technika alkalmazásával igazolták.

(5) Az adott elszámolási időszakban kizárólag azok a tárgyi elszámolási időszak alatt beváltott és kiszolgált vények nyújthatók be elszámolásra, amelyek önellenőrzését a forgalmazó a vény beváltása és az elszámolás benyújtása közötti időszakban elvégezte, és amelyeket az önellenőrzést végző személy kézjegyével ellátott, vagy elektronikus vény önellenőrzése esetében az önellenőrzést végző személy azonosítására is alkalmas módon ellenőrzöttként megjelölt.

(6) Az (5) bekezdés alkalmazásában önellenőrzésnek minősül annak kontrollálása, hogy a vényen rendelt, vagy a helyettesítés szabályai szerint kiadható termék került-e kiszolgáltatásra, és ennek megfelelően az ehhez külön jogszabály alapján megállapított támogatás kerül-e elszámolásra. Az önellenőrzés tényét az önellenőrzést végző személy a vényen feltünteteti és kézjegyével ellátja.

(7) A támogatás folyósítására irányuló elszámolást

a) a gyógyszertárak az (1) bekezdés c) pontja szerinti,

b) a gyógyászati segédeszköz forgalmazók és a gyógyászati ellátást nyújtó szolgáltatók az (1) bekezdés a), b) vagy c) pontja szerinti

elszámolási időszakokban nyújtják be.

**5. §** (1) Az elszámolt támogatás átutalására vonatkozó megbízást a NEAK a Magyar Államkincstárnak legkésőbb az elszámolás benyújtását követő 5. banki napon adja át.

(2) Az elszámolt támogatás mint követelés nem engedményezhető.

**6. §** A Magyar Államkincstár legkésőbb a NEAK támogatás átutalására vonatkozó megbízása átvételét követő napon teljesíti a Giro-rendszer felé.

**6/A. §** (1) A forgalmazók közül a közforgalmú gyógyszertár (a továbbiakban: gyógyszertár) részére a lakosság biztonságos gyógyszerellátása érdekében az egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal (a továbbiakban: kormányhivatal) - az Egészségbiztosítási Alap éves költségvetésének gyógyszertámogatási előirányzata terhére - tárgyévben egy alkalommal kamatmentes, visszatérítendő finanszírozási előleget (a továbbiakban: előleg) nyújt, ha

a) az igénylő gyógyszertár egy adott település vagy egy település közigazgatási egységéhez csatolt, de földrajzilag elkülönülő településrész gyógyszerellátását legfeljebb három gyógyszertár egyikeként biztosítja, azzal, hogy a településen és a településrészen működő gyógyszertárak száma együttesen nem haladhatja meg a hármat,

b) a gyógyszertár közfinanszírozott gyógyszerek forgalmazásából származó, a tárgyévet megelőző két év első naptári féléves árréstömegének átlaga nem haladja meg a 8 millió forintot,

c) az adott gyógyszertárat működtető gazdasági társaság vagy egyéni vállalkozó kizárólag - az a) és b) pontban foglalt feltételeknek megfelelő - egy gyógyszertárat működtet, és

d) a kérelem benyújtásakor a gyógyszertár nem rendelkezik olyan, az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény 178. § 20. pontjában meghatározott köztartozással, amely esedékességének időpontja 60 napnál régebben lejárt.

(2) Az előleg összege a kérelemben megjelölt összeg, de maximum 4 millió forint, fiókgyógyszertárat működtető közforgalmú gyógyszertár esetében pedig a kérelemben megjelölt összeg, de maximum 5 millió forint.

(3) A gyógyszertár működtetője a (2) bekezdés szerinti előleg folyósítását az 1. számú melléklet szerinti nyomtatványon vagy elektronikus úrlapon a kormányhivatalnál kérelmezheti legkésőbb a tárgyév március 31. napjáig. A kérelemhez nyilatkozatot kell csatolni arról, hogy a kérelmező a támogatás teljes összegét gyógyszerbeszerzésre fordítja, és a személyi jogos gyógyszerésznek arról, hogy a finanszírozási előleg visszafizetését vállalja.

(4) A kormányhivatal az általa meghozott határozatot megküldi a NEAK-nak. A NEAK a kormányhivatal által meghozott határozat jogerőre emelkedését követően az előleg utalását a hónap 26. napján, de legkésőbb a határozat jogerőre emelkedését követő hónap 26. napján a Magyar Államkincstáron keresztül teljesíti.

(5) Az előleg összegét a NEAK a tárgyév december 15-éig a gyógyszertár részére az elszámolás alapján járó gyógyszer-támogatási összegből havi egyenlő részletekben levonja. A levonást a NEAK a kormányhivatal által kiadott jogerős határozatban megjelölt határidőn belül, legkorábban július 1-jét, legkésőbb szeptember 1-jét követően kezdi meg. Ha a NEAK az előleg összegét nem tudja levonni, a gyógyszer támogatással történő forgalmazására kötött szerződést felmondja.

**6/B. §** (1) Az előlegben részesített gyógyszertárakról a kormányhivatal havonta összesítést készít, az előlegben részesített gyógyszertárak körét honlapján közzéteszi.

(2) Ha a NEAK ellenőrzése során megállapítja, hogy a gyógyszertár az előleget nem a kérelemben megjelölt célra használta fel, az előleget a gyógyszertár részére az elszámolás alapján járó gyógyszer-támogatási összegből a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény rendelkezése szerint számított kamatokkal együtt vonja le. A gyógyszertár az ellenőrzést lezáró jegyzőkönyv felvételének napjától számított 2 évig finanszírozási előlegben nem részesülhet.

(3) Nem részesíthető az előleg felvételének évét követő két évben finanszírozási előlegben a gyógyszertár, ha az előleg visszavonására a tárgyév december 15-ig nem volt lehetőség.

**6/C. §** (1) A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (a továbbiakban: Gyftv.) 41. §-a szerinti közforgalmú gyógyszertárat működtető vállalkozás negyedévente működési célú támogatásban részesül, amennyiben azt az illetékes elsőfokú állami adóhatóságnál kérelmezi,

a) egy adott település vagy egy település közigazgatási egységéhez csatolt, de földrajzilag és építészeti elkülönülő településrész gyógyszerellátását egyedül biztosítja,

b) a tárgyévet megelőző év január 1-je és június 30-a közötti időszakban elszámolt gyógyszerforgalmi adataiból számított, közfinanszírozott gyógyszer forgalmazásából származó árréstömege nem haladja meg a 7,2 millió forintot, és

c) legalább heti - fiókgyógyszertár üzemeltetése esetén a fiókgyógyszertár nyitvatartási

idejét is figyelembe véve - 40 órában nyitva tart.

(2) A működési célú támogatás negyedéves összege a mindenkori központi költségvetésről szóló törvényben szereplő, a Gyftv. 41. § (1) bekezdése szerinti minisztérium fejezetében meghatározott előirányzat erejéig az (1) bekezdés alapján jogosult gyógyszertárak között kerül felosztásra úgy, hogy azon gyógyszertárak, amelyek (1) bekezdés *b)* pontja szerinti árréstömege

*a)* az 5 millió forintot nem haladja meg, a felosztás tekintetében 1,5-szeres,

*b)* az 5 millió forintot eléri, de a 6 millió forintot nem haladja meg, a felosztás tekintetében 1,25-szoros

szorzóval súlyozottan kerülnek figyelembevételre.

(2a) A fiókgyógyszertárral is rendelkező (1) bekezdés *a)* pontja szerinti közforgalmú gyógyszertárat működtető vállalkozás, amennyiben az (1) bekezdés *b)* pontja szerinti időszakra számított árréstömege nem haladja meg a 7,2 millió forintot, negyedévente fiókgyógyszertáranként havi 30 ezer forint támogatásban részesül, amennyiben azt az elsőfokú állami adóhatóságnál kérelmezi. A támogatás minden gyógyszertár esetén legfeljebb két fiókgyógyszertárra vehető igénybe és csak abban az esetben, ha a fiókgyógyszertár egész évben biztosítja a lakosság gyógyszerellátását.

(3)

(4) Az (1) bekezdés szerinti támogatásra való jogosultság megítélése során figyelembe veendő feltételek meglétéről a gyógyszertárak szakmai felügyeletét ellátó Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (a továbbiakban: OGYÉI) hatósági bizonyítványt állít ki a támogatást igénylő kérelmére. Az OGYÉI az általa kiállított hatósági bizonyítványon feltünteti a (2) bekezdés alapján kiszámított, egy gyógyszertár által igényelhető működési célú támogatás összegét.

(5) Az (1) bekezdés szerinti támogatásra való jogosultság megítélése során figyelembe veendő feltételek meglétét a gyógyszertárak szakmai felügyeletét ellátó egészségügyi államigazgatási szerv igazolja a támogatást igénylő kérelmére.

(6) A támogatás igényléséhez szükséges, az (1) bekezdés *b)* pontjában meghatározott adatokat a NEAK az OGYÉI számára az összes forgalmazóra vonatkozóan minden év január 31. napjáig megküldi.

(7) Az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény (a továbbiakban: Art.) 52. § (4) bekezdésében foglaltak alapján a gyógyszertárak szakmai felügyeletét ellátó egészségügyi államigazgatási szerv a gyógyszertár helye szerint illetékes adóhatóság részére az Art. 3. számú melléklet *L)* pontja szerint szolgáltat adatot.

(8)

(9) A gyógyszertáraknak kiutalt támogatás gyógyszertárankénti és összesített tényadatait az állami adóhatóság negyedévente elektronikus úton az egészségügyért felelős miniszter által vezetett minisztériumnak megküldi.

**6/D. §** (1) A 6/C. §-ban meghatározott támogatás csekély összegű (de minimis) támogatásnak minősül, az 1407/2013/EU bizottsági rendelet alapján nyújtható.

(2) Nem lehet kedvezményezett az a vállalkozás, amely az igényelt támogatást az 1407/2013/EU bizottsági rendeletben meghatározott kivételek szerint használná fel.

(3) A támogatás nyújtását megelőzően a kedvezményezettnek nyilatkoznia kell a részére,

valamint a vele egy és ugyanazon vállalkozásnak minősülő vállalkozás részére az adott pénzügyi évben és az azt megelőző két pénzügyi év során, Magyarországon megítélt csekély összegű támogatások támogatástartalmáról.

(4) A támogatást nyújtó köteles tájékoztatni a kedvezményezettet arról, hogy csekély összegű támogatásban részesül. A tájékoztatásnak kifejezetten utalnia kell a csekély összegű támogatásokról szóló bizottsági rendeletre, hivatkozva annak pontos címére és az Európai Unió Hivatalos Lapjában való kihirdetésére, valamint meg kell határoznia a támogatás összegét az európai uniós versenyjogi értelemben vett állami támogatásokkal kapcsolatos eljárásról és a regionális támogatási térképről szóló 37/2011. (III. 22.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt módszertan alapján kiszámolt támogatástartalomban kifejezve.

(5) A kedvezményezett, valamint a vele egy és ugyanazon vállalkozásnak minősülő vállalkozás részére odaítélt támogatás támogatástartalmának együttes összege nem haladhatja meg az 1407/2013/EU bizottsági rendeletben meghatározott felső határt, figyelembe véve az 1407/2013/EU bizottsági rendelet 3. cikk (8) és (9) bekezdését.

(6) A támogatás a csekély összegű közszolgáltatási támogatással az Európai Unió működéséről szóló szerződés 107. és 108. cikkének az általános gazdasági érdekű szolgáltatást nyújtó vállalkozások számára nyújtott csekély összegű támogatásokra való alkalmazásáról szóló, 2012. április 25-i 360/2012/EU bizottsági rendeletben (HL L 114, 2012.4.26., 8-13. o.) meghatározott felső határig halmozható. A támogatás más csekély összegű támogatásokról szóló rendeleteknek megfelelően nyújtott csekély összegű támogatással az (5) bekezdésben meghatározott felső határig halmozható. A támogatás nem halmozható azonos elszámolható költségek vagy azonos kockázatfinanszírozási célú intézkedés vonatkozásában nyújtott állami támogatással, ha az így halmozott összeg meghaladná a csoportmentességi rendeletekben vagy az Európai Bizottság jóváhagyó határozatában meghatározott legmagasabb támogatási intenzitást vagy összeget.

## **EMMI közlemény**

### **fekvő- és járóbeteg-ellátás standardjairól**

#### **4.4. BIZTONSÁGOS GYÓGYSZERELÉS A FEKVŐBETEGEK ELLÁTÁSÁBAN**

*Érvényességi terület: Fekvőbeteg-ellátás*

**Standard meghatározása: az egészségügyi szolgáltató a gyógyszerelést biztonságosan végzi.**

*A standard célja:* a gyógyszerelési folyamat ismert kockázatainak kezelése, a gyógyszerelési hibák megelőzése, a biztonságos gyógyszerelés megvalósítása.

#### **Érintett egységek, személyek:**

érintett szervezeti egységek: minden betegellátó szervezeti egység

intézeti gyógyszerár

érintett munkaköri csoportok: orvosok

gyógyszerészek

szakdolgozók

érintett betegcsoportok: azon betegek, akik számára gyógyszert rendelnek el

A standard tartalma:

	<b>A standard teljesüléséhez szükséges tevékenységek</b>
<b>Sz.1.</b>	Az egészségügyi szolgáltató elkészíti és folyamatosan frissíti a gyógyszer alaplistát, az intézményben használt, magas kockázatú gyógyszerek listáját.
<b>Sz.2.</b>	<p>Az egészségügyi szolgáltató szabályozza a gyógyszerelés rendjét. A szabályozás meghatározza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a gyógyszerek elhelyezésére, tárolására vonatkozó előírásokat, a már megbontott csomagolású gyógyszerekre vonatkozóan is,</li> <li>- a gyógyszerekhez való hozzáférés rendjét, beleértve az otthonról behozott saját gyógyszerek kezelését is,</li> <li>- a gyógyszerek elrendelésére vonatkozó jogosultságokat, feladatokat, felelősséget és hatásköröket,</li> <li>- a szóbeli elrendelés szabályait és dokumentálását,</li> <li>- a gyógyszerek adagolása során alkalmazandó ellenőrzési szempontokat,</li> <li>- a gyógyszerbeadásakor szükséges azonosítás elemeit, beleértve a beteget és a kiadagolt készítményt,</li> <li>- az adott gyógyszer alkalmazásával kapcsolatos beteg tájékoztatás gyakorlatát,</li> <li>- a gyógyszerek előkészítésére, kiadagolására, beadására jogosultak körét, az ezzel kapcsolatos feladatokat és felelősséget,</li> <li>- amennyiben szükséges, a beteg előkészítésével kapcsolatos feladatokat,</li> <li>- a gyógyszerhatás és mellékhatás monitorozási folyamatát,</li> <li>- a dokumentálási követelményeket,</li> <li>- a gyógyszerelési folyamat ellenőrzési rendjét.</li> </ul>
<b>Sz.3.</b>	A gyógyszerelés rendjére vonatkozó szabályozás kiterjed a magas kockázatú gyógyszerekre és a klinikai gyógyszervizsgálatban alkalmazott készítményekre is.
<b>Sz.4.</b>	Meghatározzák a gyógyszerrendeléskor alkalmazható rövidítéseket, mennyiség és mértékegység jelöléseket.
<b>Sz.5.</b>	Az egészségügyi szolgáltató meghatározza a gyógyszerelési folyamatokban érintettek körét, feladataikat és felelősségüket.
<b>O.1.</b>	A folyamatban érintett új munkatársakat belépéskor oktatják a gyógyszerelés rendjéről. A vonatkozó szabályozás releváns változása, módosítása, visszavonása, új dokumentum bevezetése esetén az érintett munkatársakat tájékoztatják, szükség esetén oktatják.
<b>O.2.</b>	A szabályozás aktuális verzióját megismerhetővé teszik az érintett személyek számára.
<b>M.1.</b>	A gyógyszerelési folyamatban érintett munkatársak köre, feladataik és felelősségük meghatározott, és a működést ennek megfelelően valósítják meg.
<b>M.2.</b>	A gyógyszereket biztonságosan tárolják, figyelembe véve a tárolási hőmérsékletre és a fényviszonyokra vonatkozó előírásokat, az illetéktelen hozzáférés veszélyét is.
<b>M.3.</b>	A gyógyszerek a tárolás során egyértelműen azonosíthatóak, érvényes szavatosságúak. A hasonló csomagolású, különböző hatóanyag tartalmú készítmények tárolása során

	kiemelt figyelmet fordítanak a biztonságos megkülönböztetethezősége.
<b>M.4.</b>	A beteg által otthonról behozott gyógyszerek azonosítása és kezelése szabályozottan történik, tárolásuk során illetéktelen hozzáféréstől védettek.
<b>M.5.</b>	A gyógyszerek elrendelését arra jogosult munkatárs végzi.
<b>M.6.</b>	A gyógyszerelésben történt bármilyen változás egyértelműen jelölésre kerül, és arról a felelős ellátók tudomást szereznek.
<b>M.7.</b>	A gyógyszerek elrendelése során használható rövidítésekre és jelölésekre vonatkozó szabályok az érintett munkatársak számára ismertek, csak azokat alkalmazzák.
<b>M.8.</b>	A szóbeli gyógyszerelrendelést világosan kommunikálják a fogadó felé. A fogadó fél a szóbeli rendelést az azonnali ellátást igénylő esetek kivételével írásban rögzíti, és visszaolvassa a rendelést tevő számára.
<b>M.9.</b>	Azonnali ellátást igénylő esetekben a szóban elrendelt és beadott gyógyszerek csomagolását az adott beteghez rendelhető módon megőrzik mindaddig, míg azok elrendelésének, beadásának dokumentálása meg nem történik.
<b>M.10.</b>	Komplex dózisszámításoknál a leggyakrabban használt gyógyszerek dózisának meghatározásához, a számolás megkönnyítésére segédtáblákat alkalmaznak.
<b>M.11.</b>	Új gyógyszer alkalmazása esetén, amennyiben releváns, a beteget tájékoztatják a gyógyszer alkalmazásának módjáról, a szükséges étkezési és egyéb életmódbeli előírásokról, a lehetséges mellékhatásokról.
<b>M.12.</b>	A gyógyszerek előkészítése, kiadagolása, lehetőség szerint, zavarmentes, világos környezetben történik.
<b>M.13.</b>	A gyógyszerek előkészítését, kiadagolását arra felhatalmazott munkatárs végzi.
<b>M.14.</b>	A kiadagolt gyógyszereket a megadott szempontok szerint ellenőrzik.
<b>M.15.</b>	A helyben készített keverékinfúziók és injekciók összetevői, az elkészítést végző személy, az elkészítés időpontja az összeállítást követően is azonosítható, és a beteghez rendelhető.
<b>M.16.</b>	A gyógyszer beadását arra felhatalmazott munkatárs végzi, aki ismeri a beteg előkészítésével kapcsolatos teendőket és alkalmazza a gyógyszerek beadására vonatkozó szabályokat.
<b>M.17.</b>	A gyógyszerek beadása előtt a betegeket azonosítják, és meggyőződnek arról, hogy a számukra kiadagolt gyógyszereket kapják.
<b>M.18.</b>	Időponthoz kötött gyógyszerek beadása az elrendelésnek megfelelően valósul meg.
<b>M.19.</b>	Rendszeresen monitorozzák és elemzik az aktuális ellátás ideje alatt fellépő gyógyszerhatást és mellékhatást, szükség esetén módosítják az elrendelést.
<b>S.1.</b>	A speciális ellátási szükségletű betegek esetében a gyógyszer beadási technikája megfelel az adott beteg sajátosságainak.
<b>S.2.</b>	Az elrendelők számára elérhető a magas kockázatú gyógyszerek listája, amely többek között tartalmazza: - a magas kockázatú gyógyszer csoportokat, azon belül a hatóanyagok megnevezését,

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a magas kockázatot hordozó adagolási módot,</li> <li>- a lehetséges veszélyeket, azok kezelési módszereit, beleértve a betegmegfigyelés speciális elvárásait.</li> </ul>
<b>D.1.</b>	<p>A gyógyszerelés elrendelésekor világosan jelölt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a gyógyszer neve és hatóanyagtartalma, dózisa,</li> <li>- a beadás gyakorisága, időpontja, egyéb feltételei,</li> <li>- a gyógyszerforma,</li> <li>- a beadás módja,</li> <li>- az alkalmazás tervezett időtartama,</li> <li>- a gyógyszert elrendelő személy,</li> <li>- a gyógyszer elrendelésében történő változás.</li> </ul>
<b>D.2.</b>	A gyógyszerek elrendelése, beadása, hatásuk monitorozása dokumentáltan valósul meg.
<b>D.3.</b>	A szóbeli gyógyszerrendelés a szabályok szerint dokumentált.
<b>D.4.</b>	Az egészségügyi dokumentáció alapján naprakészen nyomon követhető az alkalmazott gyógyszeres kezelés.
<b>D.5.</b>	Az ismert gyógyszerérzékenység, allergia, vagy annak ismeretének hiánya rögzítésre kerül minden olyan egészségügyi dokumentáción, ahol ennek az információnak az ellátás szempontjából jelentősége van; legalább a kórlap, lázlap, műtéti dokumentáció, ápolási dokumentáció, orvosi és ápolási zárójelentés.
<b>E.1.</b>	A gyógyszerelés gyakorlatára vonatkozó felülvizsgálati tervvel rendelkeznek, melyben megjelölik a vizsgálat célját, tárgyát, felelőseit, gyakoriságát, határidejét és a visszajelzés módját.
<b>E.2.</b>	A gyógyszerelés folyamatát a szabályozásban meghatározott módon és gyakorisággal ellenőrzik, a panaszok alapján, a kapcsolódó nemkívánatos események előfordulásakor felülvizsgálják, és a szükséges intézkedéseket meghozzák.