

331/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet az irányított betegellátási rendszerről

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. §-a (2) bekezdésének *g)* pontjában foglalt felhatalmazás alapján a Kormány az alábbiakat rendeli el:

1. § E rendelet hatálya

a) az Országos Egészségbiztosítási Pénztárra (a továbbiakban: OEP), illetőleg a megyei (fővárosi) egészségbiztosítási pénztárakra (a továbbiakban: MEP), továbbá
b) az irányított betegellátási rendszerben
ba) ellátásszervezésre vállalkozó egészségügyi szolgáltatókra,
bb) részt vevő háziiorvosi, házi gyermekorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatókra (a továbbiakban: háziorvos),
bc) az érintett biztosítottak részére az Egészségbiztosítási Alap terhére - *a ba)* és *bb)* pontban meghatározottakon túl - egészségügyi szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatókra terjed ki.

2. § (1) E rendelet alkalmazásában

a) *bejelentkezett biztosított*: az ellátásszervezővel megkötött érvényes szolgáltatási szerződés alapján az irányított betegellátási rendszerben részt vevő háziorvoshoz külön jogszabályban foglaltak szerint bejelentkezett biztosítottak közül azok, akik megtiltották egészségügyi és személyazonosító adataik ellátásszervező általi kezelését, valamint az olyan háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak, akiket az Ebtv. 38/D. §-ának (3) bekezdése alapján az ellátásszervezőhöz tartozónak kell tekintetni;

b) *betegút*: meghatározott betegséggel vagy más egészségügyi ellátást szükségessé tevő állapottal összefüggésben történő egészségügyi ellátási események sora;

c) *bevételi többlet*: az *f)* pont szerinti elvi számla pozitív egyenlege;

d) *ellátásszervezés*: a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 38/C. §-ának (1) és (3) bekezdésében, valamint e rendelet 9. §-ában meghatározott célokat és feladatokat magában foglaló tevékenység;

e) *ellátásszervező*: az ellátásszervezésre az Ebtv. 38/C. §-ának (2) bekezdése alapján és az e rendeletben foglaltak figyelembevételével megkötött, érvényes szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató;

f) *elvi számla*: adott ellátásszervezőhöz tartozó érintett biztosítottak és bejelentkezett biztosítottak után járó fejkvóta alapján számított összeget, mint bevételt és az érintett biztosítottak, illetve a bejelentkezett biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások külön jogszabály szerinti finanszírozási díjának, valamint az általuk megvásárolt gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök ártámogatásának összegét, mint kiadást tartalmazó, az OEP által vezetett nyilvántartás;

g) *érintett biztosított*: az Ebtv. 38/C. §-ának (7) bekezdése szerinti biztosított;

h) *fejkvóta*: az érintett biztosítottak és a bejelentkezett biztosítottak által igénybe vett, a *melléklet A)* pontjában meghatározott egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának fedezeteként az OEP által - a 12. § (2) bekezdése szerint - havonta kiszámított, az ellátásszervező elvi számlájának bevételi oldalát képező normatív pénzösszeg;

i) *megtakarítási keret*: az ellátásszervezők elvi számláin keletkezett bevételi többletek összegének - a Magyar Köztársaság tárgyévi költségvetéséről szóló törvény által - az ellátásszervezők közötti felosztásra rendelt része;

j) *elszámolási év*: minden év október 1-jétől a következő év szeptember 30-áig terjedő időszak.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltakon túl e rendelet alkalmazásában az Ebtv. 5/B. §-ában foglalt fogalom meghatározásokat kell figyelembe venni.

3. § (1) Az OEP az irányított betegellátási rendszer keretében történő ellátásszervezésre - a (3) bekezdésben meghatározott kivétellel - az Ebtv. 38/C. §-ának (2) bekezdése alapján általa kiírt pályázaton kiválasztott egészségügyi szolgáltatóval köthet szerződést.

(2) Az OEP az (1) bekezdés alapján kiírásra kerülő pályázatról szóló felhívást az Egészségbiztosítási Közlönyben teszi közzé.

(3) Pályázat kiírása nélkül módosítható a már megkötött és érvényes ellátásszervezési szerződés, illetve az adott évre vonatkozóan megköthető az új szerződés az irányított betegellátási rendszerben az előző évben ellátásszervezőként részt vett egészségügyi szolgáltatóval, ha az irányított betegellátási rendszerbe bevonható érintett biztosítottak száma a Magyar Köztársaság költségvetéséről szóló törvény alapján az adott évben az előző évihez képest nem nő.

4. § A 3. § alapján kiírt pályázaton pályázóként csak akkor vehet részt az egészségügyi szolgáltató, ha

a) rendelkezik az Ebtv. 30. §-ának (1) bekezdése alapján megkötött érvényes finanszírozási szerződéssel,

b) a 10. § alapján megkötött előszerződések alapján az általa végzett ellátásszervezés tekintetében érintett biztosítottak száma a Magyar Köztársaság költségvetéséről szóló törvényben meghatározott keretek közé esik,

c) nincs olyan köztartozása, amely esedékességének időpontja 30 napnál régebben lejárt,

d) a fenntartója hozzájárult az irányított betegellátási rendszerben való részvételéhez,

e) megfelel a pályázati kiírásban meghatározott technikai feltételeknek.

5. § (1) A pályázatnak tartalmaznia kell

a) az ellátásszervezési és betegirányítási feladatok megvalósításába bevonásra kerülő egészségügyi szolgáltatókra, valamint a pályázó ellátási területén működő további egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó adatokat, így különösen

aa) a szolgáltatók azonosító adatait,

ab) a szolgáltatók rendelkezésére álló lekötött kapacitásokra vonatkozó adatokat,

ac) a szolgáltatók ellátási területére vonatkozó adatokat,

ad) a heti rendelési időt (a szolgáltató rendelésének óraszámát összesítve, illetve napi bontásban a rendelési idő kezdése és befejezése időpontjának megjelölésével) és a rendelkezésre állási időt szakmánkénti megosztásban,

ae) az egészségügyi ellátás különböző szintjein történő ellátásokra vonatkozó betegutak terveit,

af) a pályázó tervezett működési területe által érintett kistérségek ellátásszervezésből kimaradó háziorvosi körzeteit és a hozzájuk tartozó lakosság számát;

b) a háziorvos befejezett ellátást nyújtó és esetmenedzselési szerepének erősítésére vonatkozó terv bemutatását;

c) a pályázó ellátásszervezésre létrehozott, illetve létrehozandó részének bemutatását, így legalább

ca) a szervezeti felépítésének ismertetését,

cb) az általa végzendő ellátásszervezés, betegút-irányítás módszerének, valamint a betegút-elemzés metodikájának bemutatását,

cc) az általa alkalmazott, illetőleg alkalmazni tervezett minőségbiztosítási, minőségfejlesztési tevékenységek, standardok és indikátorok bemutatását, továbbá azok mérési és értékelési módszereit,

d) a pályázó által a rendszerbe bevont egészségügyi szolgáltatók között, valamint a pályázó és az általa a rendszerbe bevont egészségügyi szolgáltatók között, továbbá a rendszerbe bevont egészségügyi szolgáltatók és az érintett biztosítottak között megvalósuló kapcsolattartásra, adatátadásra és tájékoztatásra vonatkozó terveket bemutatását, ideértve a fogyatékkal élők számára is elérhető módon történő tájékoztatásra;

e) a pályázó által alkalmazásra kerülő informatikai megoldások ismertetését;

f) a prevenció programtervet, amely a Nemzeti Népegészségügyi Programmal összhangban tartalmazza a pályázó által megszervezésre, illetőleg megvalósításra kerülő prevenció tevékenységeket, továbbá azok várható eredményeinek bemutatását; a prevenció programtervnek ki kell térnie a fogyatékkal élő embereket érintő prevenció programokra és azok várható eredményeire;

g) a pályázó irányított betegellátási rendszer keretében megvalósuló tevékenysége várható eredményeinek bemutatását, különösen

ga) az érintett biztosítottak egészségi állapotának és élettartamának tekintetében, valamint

gb) az érintett biztosítottak részére nyújtott egészségügyi szolgáltatások költségeinek csökkentése tekintetében;

h) a pályázó által használt, illetve használásra kerülő indikátorokat, továbbá azok mérési és értékelési módszereit;

i) a pályázó éves bevételeinek felhasználására vonatkozó elképzeléseket is tartalmazó üzleti, illetve költségvetési tervet;

j) a bevételi többlet felhasználására vonatkozó elképzeléseket.

(2) A pályázathoz mellékelni kell

a) a pályázónak a 4. § c) pontjára vonatkozó nyilatkozatát,

b) a pályázó fenntartójának a 4. § d) pontja szerinti hozzájárulást magában foglaló nyilatkozatát,

c) e rendelet melléklete A) pontjának 1-8. alpontjaiban foglalt egészségügyi szolgáltatások biztosítására a pályázó által más egészségügyi szolgáltatókkal kötött megállapodásokat,

d) azoknak a háziorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknak az adatait, akik a pályázóval előszerződést kötöttek az irányított betegellátásban való részvételről, és az ezen háziorvoshoz tartozó érintett biztosítottak és bejelentkezett biztosítottak számát,

e) a Nemzeti Népegészségügyi Programmal és a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelettel összhangban álló prevenciós programtervet, amely tartalmazza a prevenciós tevékenységeket, a várható eredményeket és a megvalósítási tervet,

f) a megvalósítani tervezett szakmai irányelvek jegyzékét,

g) az informatikai rendszer bemutatását,

h) az irányított betegellátási rendszerben részt vevők érdekeltségi rendszerének bemutatását, a megállapodások tervezett szövegét.

6. § (1) A pályázatok véleményezésére és rangsorolására 7 tagú bírálóbizottság működik, elnökét az OEP főigazgatója nevezi ki. A bírálóbizottság 3 tagját az Egészségügyi Minisztérium, 1 tagját a Pénzügyminisztérium, 3 tagját az OEP delegálja. A bírálóbizottság munkájában tanácskozási joggal részt vesz a Magyar Orvosi Kamara és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara által delegált 1-1 képviselő.

(2) A pályázat értékelésének részletes szempontjait a pályázati dokumentációban kell meghatározni.

(3) A pályázatokról az OEP főigazgatója a pályázati határidő lejártától számított 90 napon belül - a bírálóbizottság véleményének beszerzése után - dönt. Az eredményt az Egészségbiztosítási Közlönyben, közleményben teszi közzé.

7. § Az Ebtv. 38/C. §-ának (2) bekezdése alapján az OEP a pályázat nyertesével szerződést köt (a továbbiakban: ellátásszervezési szerződés) az e rendelet mellékletének A) részében meghatározott egészségügyi szolgáltatások irányított betegellátási rendszer keretében történő nyújtásának megszervezésére.

8. § (1) A ellátásszervezési szerződésben az Ebtv. 38/C. §-ának (5) bekezdésében meghatározottakon túl rendelkezni kell arról, hogy az ellátásszervező kötelezettséget vállal a bevételi többlet érdekeltségi rendszer alapján történő felosztására.

(2) Az ellátásszervezési szerződéshez az Ebtv. 38/C. §-ának (6) bekezdésében meghatározottakon túl mellékelni kell

a) az ellátásszervezővel szolgáltatási szerződést kötött házi orvos adatait tartalmazó adatlapokat,

b) az irányított betegellátásban részt vevő egészségügyi szolgáltatók érvényes finanszírozási szerződésének kódszámát tartalmazó adatlapokat,

c) az ellátásszervezőnek az 5. § (2) bekezdésének e) pontja szerinti, elfogadott - a Nemzeti Népegészségügyi Programmal összhangban álló - prevenciós programtervét és szakmai tevékenységére vonatkozó tervét,

d) a megtakarítási keretből kapott összeg felhasználására vonatkozó érdekeltségi rendszer bemutatását,

e) az érdekeltségi rendszerben részt vevő egészségügyi szolgáltatókkal kötött megállapodásokat, amelyek tartalmazzák a megtakarítási keretből kapott összeg anyagi érdekeltség címén felosztható részének %-os mértékét, annak felhasználási körét, módját, idejét, valamint az irányított betegellátási rendszerből való kilépés feltételeit és a felek közötti elszámolás módját kilépés esetén,

f) az OEP által készített Útmutatót, amely tartalmazza különösen:

fa) a minőségbiztosítással és minőségfejlesztéssel kapcsolatos - az OEP által elrendelt - jelentési kötelezettséget, beleértve a minőségi indikátorrendszer kidolgozását,

fb) a szűrési, gondozási és prevenciós tevékenységre, a monitoringrendszer működtetésére, értékelésére vonatkozó jelentési kötelezettséget,

fc) a tételes betegforgalmi adatokra vonatkozó és egyéb jelentési kötelezettséget,

fd) a kötelezően alkalmazandó rekordképeket,

fe) az adatszolgáltatási kötelezettségek határidejét,

ff) oktatási és képzési tervet.

9. § (1) Az Ebtv. 38/C. §-ának (3) bekezdésében meghatározottakon túl az ellátásszervező feladata

a) az ellátásszervezéssel kapcsolatos feladatok ellátására önálló szervezeti egység létrehozása, ehhez a személyi és tárgyi feltételek biztosítása,

b) az elvi számlán keletkezett megtakarítás, illetve az ennek terhére folyósított előleg jogszabályban foglaltak szerinti kezelése és felhasználása, valamint a vállalt ösztönzés és érdekeltségi rendszer működtetése.

(2) Az irányított betegellátási rendszerbe bevont ellátások körét, valamint a nagy költségigényű és a személyre nem lebontható, a rendszerbe be nem vont ellátásokat e rendelet melléklete tartalmazza.

10. § (1) A 3. § szerinti pályázaton pályázóként részt vevő egészségügyi szolgáltató az Ebtv. 38/D. §-ának (1) bekezdése szerinti szolgáltatási szerződés tárgyában a (2) bekezdésben meghatározott feltételeknek megfelelő háziorvossal köthet előszerződést.

(2) Az Ebtv. 38/D. §-ának (1) bekezdése alapján az ellátásszervező csak olyan területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvossal köthet szolgáltatási szerződést, akinek nincs ilyen érvényes szerződése más ellátásszervezővel és a szolgáltatási szerződésben vállalja, hogy annak érvényességi ideje alatt más ellátásszervezővel nem is köt ilyen szerződést.

11. § (1) Az OEP a háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottokról vezetett nyilvántartásból kigyűjti, és külön nyilvántartja a pályázatot nyert ellátásszervezőhöz tartozó érintett biztosítottak és bejelentkezett biztosítottak taj-számát, és a bekövetkezett változásokat havonta átvezeti.

(2) Az OEP - a MEP-ek bevonásával - elemzést készít a nyertes pályázókhoz tartozó érintett biztosítottakra vonatkozóan - a pályázatot megelőző egy év időszaka alapján - az egészségügyi szolgáltatásokról és támogatások igénybevételéről, és elemzi a rendszerbe való bekerülés után az ebben bekövetkezett változásokat. Az MEP-ek folyamatosan monitorozzák az irányított betegellátásban részt vevő háziorvosoknál eseti ellátásként megjelenő biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokat is, összevetve a bejelentkezett biztosítottak által igénybe vett szolgáltatásokkal.

12. § (1) Az OEP kiszámítja az ellátásszervező elvi számláján havonta bevételként nyilvántartott összeget.

(2) A havi bevétel összegét az ország lakosságának nem és kor szerinti összetétele alapján - a Magyar Köztársaság tárgyévi költségvetéséről szóló törvényben az egészségbiztosítási természetbeni ellátásoknak az e rendelet mellékletének A) pontja szerinti jogcímei kiadási előirányzatai korosztályok és nemek szerint meghatározott lakossági csoportokhoz tartozó egy-egy taj-számra eső összegének figyelembevételével - megállapított fejkvóták és az ellátásszervezőhöz tartozó érintett biztosítottak és bejelentkezett biztosítottak korosztályok és nemek szerinti létszám adatai szorzatának összege határozza meg.

(3) A művesekezelés esetén az akut és a krónikus ellátás fejkvótájának megállapítása elkülönítetten történik. Az akut művesekezelés esetén a fejkvóta megállapítására a (2) bekezdésben meghatározott szabályokat kell alkalmazni. A krónikus művesekezelés esetén az ilyen kezelésben részesülő betegek száma képezi a fejkvóta számítás alapját. A művesekezelés jogcím előirányzatának akut művesekezelés esetében a 7,5 százaléka, a krónikus művesekezelés esetén annak 92,5 százaléka képezi a számítás alapját.

(4) Az ellátásszervező elszámolását e rendelet mellékletének B) pontjában foglaltak kivételével valamennyi, az érintett biztosított és a bejelentkezett biztosított - kötelező egészségbiztosítás terhére térítésmentesen, illetve árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető - ellátásával kapcsolatban keletkezett természetbeni kiadás terheli, függetlenül attól, hogy az ellátást ki és mikor kezdeményezte az ellátásszervezési szerződés időtartama alatt.

(5) Az ellátásszervező elvi számláját az ellátásszervezési szerződésben foglalt időponttól kell vezetni. Az OEP a számláról a havi teljesítmény alapján elszámolást végez.

(6) A költségvetési évet követő 60 napon belül az OEP kiszámítja az ellátásszervező elvi számláján mutatkozó bevételi vagy kiadási többlet éves összegét.

(7) A bevételi többlettel rendelkező szervező esetében az egyes jogcímenek kimutatható kiadási többlet csökkenti a más jogcímelek bevételi többletét, azok arányában.

13. § (1) Az irányított betegellátási rendszerben részt vevő ellátásszervezők elvi számláin keletkezett bevételi többletnek - a Magyar Köztársaság tárgyévi költségvetéséről szóló törvény szerint - az ellátásszervezők közötti felosztásra rendelt részből az OEP megtakarítási keretet hoz létre.

(2) A megtakarítási keret terhére az OEP kiegyenlíti az ellátásszervezők kiadási többlet mutató elvi számláinak hiányát.

(3) A (2) bekezdés szerinti kiegyenlítést követően a megtakarítási keret fennmaradt részének

- a) 25%-át a bevételi többlet arányában, a (4) bekezdésben foglaltak figyelembevételével,
- b) 25%-át az elvi számlán tárgyévben elért bevételi többlet százalékos mértékének az előző évi bevételi többlet százalékos mértékéhez képest bekövetkező pozitív változása alapján az érintett biztosítottak és a bejelentkezett biztosítottak éves átlagos létszámának figyelembevételével,
- c) 25%-át az érintett biztosítottak éves átlagos létszámának arányában,
- d) 25%-át az ellátásszervezési szerződésben meghatározott minőségi indikátorokból képzett mutatók alapján, az (5) bekezdés rendelkezéseinek megfelelően

az OEP felosztja a bevételi többletet mutató elvi számlával rendelkező ellátásszervezők között.

(4) A (3) bekezdés a) pontjában meghatározott összeg számításakor a negatív elvi számla egyenleggel rendelkező szervezők egyenlege nélkül számított bevételi többleten belül az egyes ellátásszervezők részesedésének aránya úgy kerül meghatározásra, hogy az egyes ellátásszervezők bevételi többletéből 10%-os mértékű többletig a többlet teljes értéke, a többlet ezt meghaladó részének pedig 50%-a kerül figyelembevételre az arányosítás során.

(5) Az ellátásszervezési szerződésben meghatározott mutatók alapján az ellátásszervező prevenciós munkája, az általa az érintett biztosítottaknak készített egyéni egészségtervek alapján értékelésre kerül. Az értékelés a teljesítményektől függően az ellátásszervezési szerződésben előre meghatározott - minden ellátásszervező vonatkozásában azonos - pontozásos rendben történik. Az elért pontszámot meg kell szorozni az éves átlagos létszámmal, és az így kapott összegek arányában kell felosztani a (3) bekezdés d) pontjában szereplő összeget az ellátásszervezők között.

(6) A megtakarítási keretből történő kifizetések fedezete az Egészségbiztosítási Alap bevételi többlettel érintett költségvetési jogcímeinek előirányzataiból elkülönített összegek. Az egyes előirányzatokat terhelő összegek a bevételi többletek összegeinek arányában kerülnek meghatározásra.

14. § (1) Az érdekeltségi rendszernek a Magyar Köztársaság éves költségvetéséről szóló törvényben meghatározott bevételi többlet vonatkozásában - ki kell terjednie a házi orvosokon kívül azokra az egészségügyi szolgáltatókra is, akikkel az ellátásszervező szerződést kötött a lakosság egészségügyi ellátására. Az érdekeltségi rendszernek ösztönöznie kell az egységes szakmai protokollok, a betegút követését biztosító monitoringrendszer alkalmazását, valamint a képzési-továbbképzési rendszerben való részvételt.

(2) Az érdekeltségi rendszert úgy kell kialakítani, hogy a megtakarítási keret felosztása során az ellátásszervezőnek kifizetett megtakarításból

a) a házi orvosok legfeljebb 40%-os mértékben,

b) a járó- és fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmények legalább 10-10%-os mértékben részesüljenek.

(3) A megtakarítási keretből kapott összeg érdekeltségi rendszer szerinti szétosztása, majd felhasználása során elsőbbséget kell, hogy élvezzen a betegellátás körülményeinek, színvonalának javítását szolgáló eszközök, szolgáltatások beszerzése (például rendelők felszereltségének és állapotának javítása).

(4) A megtakarítási keretből kapott összeg nem használható fel olyan tevékenység vagy eszköz finanszírozására, amelynek fedezete más forrásból megoldott, továbbá olyan tevékenység vagy eszköz finanszírozására, amely nem közvetlenül függ össze a betegségmegelőzéssel, betegellátással, vagy a betegellátás körülményeinek javításával.

15. § (1) Az ellátásszervezővel szolgáltatási szerződést kötött házi orvosok az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kr.) 20. számú melléklete szerinti adatokat és tevékenységeket kötelesek havonta, a tárgyhónapot követő hónap 10. napjáig jelenteni az OEP-nek, az általa megadott rekordkép alapján.

(2) Amennyiben az ellátásszervezővel szolgáltatási szerződést kötött házi orvosok az érintett biztosítottakra vonatkozó tételes betegforgalmi adatszolgáltatási kötelezettségüknek határidőre nem tesznek eleget, az érintett ellátásszervező részére a 13. § (3) bekezdésének c) pontja szerinti összeg a megtakarítási keretből nem fizethető ki.

16. § (1) Az OEP a 12. § (6) bekezdésben foglaltakat követő 15 napon belül, de legkorábban a 18. § (3) bekezdésében foglalt kötelezettség teljesítését követő napon utalványozza az egyes ellátásszervezők részére a megtakarítási keretből kifizethető összegeket.

(2) Az e rendelet mellékletének A) pontja szerinti ellátásokat érintő évközi korrekciót - ideértve az ellenőrzés miatti visszavonás, a gyártói befizetések esetét is - az egyenleg számításánál érvényesíteni kell, mind a fejkvóta, mind az elvi számla tekintetében. A korrekciót a tárgyévet követő 60 napon belül kell rendezni.

(3) Az elszámolási évet követő 60 napon belül az OEP kiszámítja az ellátásszervező elvi számláján korrekciók nélkül mutatkozó bevételi vagy kiadási többlet éves összegét.

(4) A (3) bekezdés szerinti számítás alapján mutatkozó bevételi többletek összegét az OEP a 13. § (1)-(5) bekezdésekben foglaltaknak megfelelően előlegként felosztja a bevételi többletet mutató elvi számlával rendelkező ellátásszervezők között. Az ellátásszervezőkre felosztott összegeket az OEP az elszámolási évet követő 90 napon belül utalványozza az egyes ellátásszervezők részére.

(5) Ha a megtakarítási keretből az ellátásszervezőre jutó kifizetés összege nem, vagy csak részben nyújt fedezetet a kifizetett előlegre, akkor a fedezetlenül maradt összeget az előleget felvevő ellátásszervezőnek meg kell térítenie.

(6) Az OEP által kifizetett - 9. § (1) bekezdésének *b)* pontja szerinti - előleg a gyógyító-megelőző kasszákon elkülönített keretösszeget terheli. Az előleget a tárgyév végi elszámolásnál figyelembe kell venni.

17. § (1) Az ellátásszervezői tevékenység bármely okból bekövetkezett megszűnése esetén az ellátásszervezőnek záróelszámolást kell készítenie és a megtakarítási keretből részére kifizetett összeg, valamint a korábban hatályos jogszabályok alapján az irányított betegellátási modellkísérlet keretén belül bármely jogcímen kapott összeg igazoltan fel nem használt részét vissza kell fizetnie az OEP részére.

(2) Az irányított betegellátási rendszerből bármely ok miatt kilépő háziorvossal, illetve más- az ellátásszervezővel az Ebtv. 38/D. §-ának (2) bekezdése alapján megállapodást kötött - egészségügyi szolgáltatóval a kilépéskor tételes elszámolást kell az ellátásszervezőnek elvégeznie. Az elszámolásnak ki kell terjednie:

a) a kilépő háziorvos, illetve egészségügyi szolgáltató részére korábban az irányított betegellátási rendszer keretein belül kifizetett és korábban felhasznált összegek megállapítására,

b) az irányított betegellátási rendszer keretein belül kapott összegekből megvalósított beruházásokra, vásárolt nagyértékű eszközökre, azok a társasági adóról és az osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény 1. számú mellékletében foglaltak alapulvételével számított értékcsökkenés levonása után számított nettó értéke figyelembevételével,

c) a kilépést megelőző időszakban az irányított betegellátási rendszer keretében végzett tevékenységekre, illetve ezekre tekintettel a kilépést követően kifizethető összegekre.

(3) Az elszámolás alapján az igazoltan fel nem használt összeget 15 napon belül vissza kell fizetni az ellátásszervező részére, amely köteles azt oly módon felhasználni, mintha az OEP-től a bevételi többlet alapján kapta volna.

(4) A (2) bekezdés *b)* pontja szerinti beruházások, tárgyi eszközök aktuális nettó értékét vissza kell fizetni az ellátásszervező - annak hiányában az OEP - részére, amennyiben az irányított betegellátási rendszerből kilépő háziorvos, illetve egészségügyi szolgáltató az OEP-pel megállapodást kötött egészségügyi szolgáltatókénti tevékenységét megszüntette, e tevékenysége bármely okból lehetetlenült, vagy az érintett beruházást, eszközt elidegenítette, illetve megterhelte.

(5) Ha az ellátásszervező szervezői tevékenysége bármely okból megszűnik, értelemszerűen alkalmazandók a (3)-(4) bekezdésekben foglalt rendelkezések - ideértve a nagyértékű eszközökre, beruházásokra vonatkozó rendelkezéseket is - azzal, hogy a visszafizetéseket az OEP részére kell teljesíteni.

18. § (1) Az OEP évente egy alkalommal teljes körű ellenőrzést végez, amelynek során ellenőrzi különösen:

a) a betegutak követésére és elemzésére használt rendszereket, s azok megállapításait, a szakmai programok megvalósulását (prevenció- és gondozási tevékenység, protokollok készítése, alkalmazása stb.),

b) az ellátási utak módosítását,

c) a minőségbiztosítási rendszerek működését, minőségi indikátorok alakulását, a diagnosztikus és terápiás irányelvek alkalmazását,

d) a 16. § (4) bekezdése alapján folyósított előleg összegének terv szerinti felhasználását, az elszámolások, dokumentumok folyamatos átláthatóságát és követhetőségét,

e) az irányított betegellátási rendszerben részt vevő háziorvosok keresőképtelen állományba vételi gyakorlatát,

f) az érintett biztosítottak kijelentkezésének jogcímét,

g) az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének alakulását,

h) az irányított betegellátási rendszer működtetésére az ellátásszervező által létrehozott önálló szervezeti egység működését, a személyi és tárgyi feltételek megvalósulását,

i) a megtakarítási keretből kapott összeg, valamint a korábbi kifizetések jogszabályi előírások szerinti felhasználását.

(2) Ellenőrzéskor az ellátásszervező köteles az irányított betegellátáshoz kapcsolódó nyilvántartásokat, bizonylatokat az ellenőrzést végző személyek rendelkezésére bocsátani.

(3) Az ellenőrzés tapasztalatairól az OEP összefoglaló, értékelő éves jelentést készít az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter részére tárgyévét követő február 15-éig.

19. § (1) Ez a rendelet 2006. január 1-jén lép hatályba.

(2) Az ellátásszervezők által a korábban hatályos jogszabályok alapján az irányított betegellátási modellkísérlet keretén belül bármely jogcímen kapott, de e rendelet hatálybalépésekor még fel

nem használt összegek az irányított betegellátási rendszerben felhasználhatók. A felhasználásoknak összhangban kell lenniük az összegek eredeti rendeltetésével és az irányított betegellátási rendszer céljaival is.

(3) Az OEP az ellátásszervezők által az irányított betegellátási modellkísérlet keretén belül elért 2005. évi megtakarítás alapján csak a 18. §-ban szabályozott - a modellkísérlet 2005. évi működésére alkalmazott - teljes körű ellenőrzés tapasztalatairól készített értékelő jelentés összefoglalójának az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter részére történő megküldését követően teljesíthet a költségvetési törvény szerinti kifizetést. A 2005. évre vonatkozó értékelő jelentést 2006. február 28-áig kell az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter részére megküldeni.

(4) E rendelet hatálybalépésével egyidejűleg a Kr. 50/A-50/D. §-a, 19. számú melléklete, valamint a Kr. módosításáról szóló

- a) 21/2000. (III. 3.) Korm. rendelet 26. §-a és 5. számú melléklete,
- b) 29/2001. (II. 2.) Korm. rendelet 20-21. §-ai,
- c) 257/2001. (XII. 19.) Korm. rendelet 23. §-a,
- d) 293/2002. (XII. 27.) Korm. rendelet 23. §-a,
- e) 264/2003. (XII. 24.) Korm. rendelet 21-25. §-a és 26. §-ának (5) bekezdése,
- f) 112/2004. (IV. 28.) Korm. rendelet 13. §-a,
- g) 15/2005. (I. 26.) Korm. rendelet 11-14. §-a,
- h) 104/2005. (VI. 11.) Korm. rendelet 9-10. §-a

hatályát veszti.

(5)

Melléklet a 331/2005. (XII. 29.) Korm. rendelethez

A) Az irányított betegellátási rendszerben az elvi számla egyenlegszámításába bevont ellátások köre:

1. Fogászati ellátás
2. Gondozóintézeti gondozás
3. Betegszállítás orvosi rendelvényre
4. Összevont szakellátás
5. Laboratóriumi ellátás
6. Krónikusfekvőbeteg-ellátás
7. Művesekezelés
8. Házi szakápolás
9. Gyógyszertámogatás (kivéve: speciális beszerzésű gyógyszerkiadás)
10. Gyógyászatisegédeszköz-támogatás
11. Gyógyászati ellátás

B) Az irányított betegellátási rendszerben az elvi számla egyenlegszámításába be nem vont ellátások köre:

1. A 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 8. számú mellékletében meghatározott nagy értékű, még országosan nem elterjedt eljárások, beavatkozások, valamint az 1. számú mellékletben foglalt tételes elszámolás alá eső egyszer használatos eszközök és implantátumok.

2. Személyre nem bontható feladatfinanszírozott ellátások:

- 2.2. Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem
 - iskola-egészségügyi ellátás
 - védőnői szolgálat, anya-, gyermek-, csecsemővédelem
 - gyermekgyógyászati MSZSZ
 - nőgyógyászat MSZSZ
- 2.4. Halottszállítás orvosi rendelvényre
- 2.5. Utazási költségtérítés
- 2.6. Speciális beszerzésű gyógyszerkiadás
- 2.7. Anyatej-ellátás
- 2.8. Vénykezelési díj
- 2.9. Mentés
- 2.10. Hospice

3. Külföldi gyógykezelés