
ÚTMUTATÓ

A JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁS ÉS A GONDOZÓK

TELJESÍTMÉNY-ELSZÁMOLÁSÁNAK ÜGYVITELÉHEZ

Az útmutatóban foglaltak alkalmazása az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel, illetve igazgatási szerveivel szerződéses jogviszonyban álló valamennyi járóbeteg-szakellátást végző szolgáltatóra kötelező.

1. Alapfogalmak

- 1.1. Beteg:** az egészségügyi szolgáltatásokat igénybevevő vagy abban részesülő személy.
- 1.2. Beteg kötelezettsége:** az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és intézményi rendet, jogszabályban előírt személyes adatait, hitelt érdemlően igazolni, a jogszabály által előírt térítési díjat megfizetni.
- 1.3. Egészségügyi ellátás:** a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége.
- 1.4. Beavatkozás:** azon megelőző, diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs vagy más célú fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai eljárás, amely a beteg szervezetében változást idéz vagy idézhet elő, továbbá a holttesten végzett vizsgálatokkal, valamint szövetek, szervek eltávolításával összefüggő eljárás.
- 1.5. Életmentő beavatkozás:** sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi szolgáltatás.
- 1.6. Invazív beavatkozás:** a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat.
- 1.7. Ellátó/kezelőorvos:** a beteg adott betegségével, illetve egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálatokat és terápiát meghatározó, valamint ezek keretében beavatkozásokat végző orvos, aki a beteg gyógykezeléséért felelősséggel tartozik.
- 1.8. 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.
- 1.9. Elsősegély (sürgősségi ellátás):** az az ellátás, amelyre az ellátandó személy életét fenyegető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyét magában hordozó hevenyen kialakult állapot miatt került sor.

1.10. Finanszírozási szerződés: az egészségügyi szolgáltatás nyújtására az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK) területi igazgatási szervei és a szerződéskötésre jogosult egészségügyi szolgáltató között létrejött szerződés.

1.11. Járóbeteg-szakellátás: Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátására, gondozására irányuló, 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.

1.12. Járóbeteg-szakellátás körében használható, az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet szerinti elnevezések

1.12.1. **Rendelő:** egy egészségügyi szakmához tartozó és a diagnosztikai háttérrel más egészségügyi szolgáltató közreműködésével biztosító egészségügyi szolgáltatás nyújtása esetén.

1.12.2. **Szakrendelő:** egy vagy több szakterülethez tartozó és - a klinikai laboratóriumi háttér tekintetében legalább a J0 szintnek megfelelő - diagnosztikai háttér helyszíni biztosításával működő, de az 1.17.3 pontban foglalt feltételeknek nem megfelelő egészségügyi szolgáltatás nyújtása esetén.

1.12.3. **Rendelőintézeti szakrendelő:** legalább 4 szakterületen az adott területhez tartozó valamennyi egészségügyi szolgáltatást nyújtó és a helyszínen radiológiai és legalább a J0 szintnek megfelelő klinikai laboratóriumi diagnosztika, valamint a feladatok ellátásához indokolt magasabb szintű klinikai laboratóriumi diagnosztikai ellátás biztosítása esetén.

1.12.4. **Mobil egészségügyi szolgálat:** az 1.12.1 pontban foglalt esetben, amennyiben szolgáltatás nyújtására változó helyszínen, illetve e célra kialakított járművel kerül sor.

1.12.5. **Szakambulancia:** a legalább a progresszivitás 2. szintjén működő fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató speciális személyi, illetve tárgyi feltételei igénybevételel végzett egészségügyi ellátás esetén.

1.12.6. **Gondozóintézeti gondozó:** külön jogszabály szerinti krónikus betegek, illetve fertőző betegségben szenvedő betegek ellátása és speciális gondozása esetén.

1.12.7. **Állomás, illetve központ:** speciális diagnosztikai vagy terápiás feladatok ellátása esetén.

1.12.8. **Laboratórium:** kizárólag a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozását végző egészségügyi szolgáltató esetén.

1.12.9. **Diagnosztikai központ:** kizárólag a kórisme felállítása, illetve megerősítése céljából speciális vizsgálat végzésére szakosodott egészségügyi szolgáltató esetén.

1.13. Járóbeteg-szakellátás feladatai

- a megelőző tevékenység,
- az egyes betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása, ideértve az otthoni szakápolás elrendelését és a rehabilitációt is,
- szakorvosi konzíliumok elvégzése, szükség esetén a beteg otthonában is,
- speciális szakmai, diagnosztikus, illetve terápiás háttér szükségessége esetén a beteg – vizsgálatát követően – más járóbeteg-szakrendelésre vagy szakambulanciára történő beutalása,
- a járóbeteg-szakellátás kompetencia körébe tartozó olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások végzése, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges,
- intézeti háttérrel igénylő ellátás szükségessége esetén a beteg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalása.
- az általános járóbeteg-szakellátás mellett a betegségek gyakoriságától függően – a külön jogszabályban foglaltak szerint – biztosítani kell speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel működő járóbeteg-szakellátást.

1.14. Speciális járóbeteg-szakellátás: olyan betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel.

1.15. Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

1.16. Vizsgálat: az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, egészségének megőrzése, a betegségek illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása. Tartalmazza a szükséges dokumentáció elkészítését is!

1.17. Rekordkép: az egészségügyi szolgáltatás teljesítéséről készítendő jelentés formailag és tartalmilag meghatározott egysége.

1.18. Szolgáltató: az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet, aki, illetve amely az NEAK illetékes területi igazgatási szervével kötött szerződés alapján az E. Alapból finanszírozható egészségügyi szolgáltatást nyújt.

1.19. Szakorvosi és nem szakorvosi rendelés: a finanszírozási szerződés szerinti önálló azonosító kódszámmal, ÁNTSZ által kiadott érvényes működési engedéllyel rendelkező szakmai szervezeti egység, mint orvosi illetve felsőfokú szakdolgozói munkahely. Az egészségügyi szolgáltatók ágazati azonosító rendszere azonosítja az egészségügyi intézeteket, és azon belül a szervezetileg elkülönítetten működő munkahelyeket. A

szakorvosi és nem szakorvosi rendelés önálló **rendelő azonosítóval** rendelkezik, amely a finanszírozási szerződés szerinti 9 jegyű szakmai szervezeti egység kód **(FIN kód)**.

1.20. NEAK kód: A NEAK által a finanszírozási alapszerződés megkötésekor kiadott négyjegyű azonosító kód, mely a szerződött **szolgáltatót** a NEAK nyilvántartásaiban azonosítja.

1.21. Teljesítményvolumen korlát: az önálló elszámolási tételként elszámolható, jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek teljesítményértékének alapdíjjal finanszírozható mennyisége.

2. Finanszírozási fogalmak és szabályok

2.1. Finanszírozott teljesítmény

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. Teljesítményként az adott rendelésen nyújtott, az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendelet 2. számú mellékletében önálló elszámolási tételként meghatározott ellátáshoz tartozó pontértéket lehet elszámolni, amennyiben az adott OENO kód szerinti szolgáltatás nem tartozik a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe nem vehető ellátások körébe, vagy a tevékenységre nincsen egyéb elszámolási korlát. Az elszámolási tételnek meg kell felelnie „A járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló szabálykönyv”-ben (továbbiakban: Szabálykönyv) foglaltaknak.

2.2. Nem finanszírozott teljesítmény (Nem számolható el járóbeteg-szakellátási teljesítményként):

2.2.1. a fekvőbeteg 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 sürgősségi betegellátási egységben nyújtott és 6 órán belül befejezett ellátást, valamint a külön jogszabályban meghatározott csecsemőkori szűréseket, továbbá a fekvőbeteg-ellátást indokoló betegséggel össze nem függő onkológiai és citológiai szűréseket, amennyiben azok elvégzése a külön jogszabályban foglaltak szerint nem történt meg,

2.2.2. az olyan személy részére nyújtott ellátás, akit az ellátás napján - a rendelő beutalása alapján - a rendelőt működtető egészségügyi intézmény valamely fekvőbeteg osztályára felvettek,

2.2.3. a gondozóintézeti gondozó szűrővizsgálatai, valamint az általa gondozottak részére nyújtott szakellátás,

-
- 2.2.4. az olyan személy részére nyújtott ellátás, amelynek költségeit az egészségügyi szolgáltató a beutaló (vizsgálatot kérő) szolgáltatóval közvetlenül elszámolja, vagy amely máshonnan megtérítésre kerül,
- 2.2.5. a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) szerint az E. Alap terhére igénybe nem vehető szakellátás (pl. munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok, járművezetői alkalmassági vizsgálatok és ezen ellátások keretében kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások),
- 2.2.6. ha a tevékenységet esetfinanszírozott eljárásként vagy annak részeként végezték, illetve a tevékenységet kérő szolgáltató külön szerződés alapján elszámol a tevékenységet végzővel, vagy egyéb módon elszámolásra, térítésre kerül (pl. CT, MRI, művese kezelések),
- 2.2.7. a biztosított által ártámogatással igénybe vett gyógyászati ellátás,
- 2.2.8. ha elszámolási-, volumen- vagy szolgáltatási korlátozás van, az ezt meghaladó beavatkozások,
- 2.2.9. a szakmai kompetencia listában az adott szakmában nem engedélyezett eljárás.

2.3. Általános szabályok

Az egészségügyi szolgáltató a szakrendeléseken/szakambulanciákon elvégzett valamennyi - finanszírozott és nem finanszírozott tevékenységét - a megfelelő térítési kategória megjelölésével az „Ambuláns adatlap” adatai szerint jelenteni köteles.

Az egészségügyi szolgáltató az egészségügyi szakellátási tevékenysége után az Egészségbiztosítási Alapból akkor jogosult térítésre, ha

- a) az adott ellátás nyújtására - érvényes működési engedély birtokában - a NEAK-kal területi igazgatási szerveivel szerződést kötött;
- b) az ellátást az Ebtv. szerint az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személy részére nyújtották;
- c) az ellátás igénybevételére érvényes beutalóval került sor, kivéve a külön jogszabály alapján beutaló nélkül is felkereshető szakrendeléseket, a sürgős szükség esetében nyújtott ellátásokat, illetve a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendeletben foglalt térítési szabályoknak megfelelő, a részleges térítésre vonatkozó rendelkezéseket;
- d) az intézet a nyilvántartási és az adatszolgáltatási kötelezettségét a szakmai szabályok szerint elvégezte;
- e) a tevékenységet a jelentést adó szakrendelésen végezték el;
- f) a jogszabályoknak és egyéb, szerződéses, illetve szakmai szabályoknak megfelelően a finanszírozó felé elszámolásra jelentette.

A díjazásra való jogosultság igazolásához szükséges, hogy a szolgáltatónál és/vagy a szakrendelésen a biztosított Társadalombiztosítási Azonosító Jelét és személyi azonosító adatait (név, anyakönyvi név, anyja neve, lakcím, születési hely, születési idő) rögzítsék.

Egy esetként (egy naplószámon) kell elszámolni a beteget akkor is, ha ugyanazon a napon egy adott szakrendelésen egynél többször jelenik meg, amennyiben egy adott betegség vagy annak gyanúja miatt kerül erre sor.

Ha egy beteg egy napon több szakrendelésen is ellátásra kerül, az elszámolási szabályokat – a megjelölt kivételektől eltekintve – szakmára kell alkalmazni.

Egy tevékenységből egy megjelenés kapcsán csak egy számolható el, ha a Szabálykönyv másként nem rendelkezik.

Ha a tevékenység egy másiknak része, akkor külön nem számolható el. (Szabálykönyv (A12) szabály) Az ebbe a körbe tartozó beavatkozásokat ezen útmutató **melléklete** tartalmazza.

Ha a tevékenység kizárólag megbeszélésből áll (pl. diétás és terápiás tanácsadás, felvilágosítás, szóbeli intervenció, pszichodiagnosztika és kezelés), egy megjelenés kapcsán csak egy számolható el akkor is, ha a beszélgetés két vagy több célt (kórisme, gyógyítás, tanácsadás, felvilágosítás) is szolgál.

Ha két vagy több egyidejűleg elvégzett tevékenység a szabálykönyv szerint nem számolható el, közülük a magasabb pontértékű számolható el.

A tevékenység dokumentálása, értékelése, leletezése, számítógépes elemzése vagy leírása csak a külön jelzett esetekben számolható el.

A csoportos kezelések a csoport létszámától függetlenül egyéenként számolandók el, ugyanakkor egyéni kezelés nem számolható el. Az egyes szakmák területén az adott terápiára vonatkoztatott szakmai szabály szerint kell a csoport létszámát megállapítani.

Azon tevékenységek, melyek a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistáján nem szerepelnek, a szakma szabályai szerint elvégezhetőek, de nem számolhatók el.

A kódlistában szerepelnek olyan tevékenységek, amelyek más szabályok szerint járóbetegben nem végezhetőek, ilyen esetekben a szakma szabályai szerint kell eljárni.

2.4. Szűrővizsgálatok elszámolása

A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet szerinti, **életkorhoz kötött, meghatározott gyakorisággal igénybe vehető**, az adott szakrendelés kompetenciájába tartozó szűrővizsgálatok elvégzése jelenthető.

A veleszületett anyagcsere-betegségek esetében a laboratóriumi vizsgálatok elvégzésére a külön jogszabály szerinti egészségügyi szolgáltató(k) jogosultak.

A népegészségügyi célú célzott szűrővizsgálatok:

- 25-65 év közötti **nők egyszeri negatív eredményű szűrővizsgálatot követően háromévenként nőgyógyászati onkológiai méhnyakszűrése, különös figyelemmel a méhnyakelváltozások sejtvizsgálatára (citológia) és kolposzkópos vizsgálatára.**
42600 Nőgyógyászati szűrővizsgálat (nőgyógyászati szakrendelés)

42700 Nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat (erre a tevékenységre szerződés-kiegészítéssel rendelkező szolgáltatók jelenthetik)

- 45 és 65 év között kétévenként az emlő lágyrész röntgenvizsgálatán alapuló emlőszűrés (mammográfia)
42400 Mammográfiás szűrés (erre a tevékenységre szerződés-kiegészítéssel rendelkező szolgáltatók jelenthetik)

Jelentés módja: 01 térítési kategória (magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás).

A fenti rendeletben meghatározott csecsemőkori kötelező szűrővizsgálatok, valamint a fekvőbeteg ellátással össze nem függő onkológiai és citológiai szűrések a kórházi fekvőbeteg részére is elszámolhatóak, "61"-es térítési kategóriával.

2.5. Teljesítmények dokumentálása

A teljesítmények rögzítése a rendelési helyeken, a gondozást végző részlegeken és a szakambulanciákon a napi betegforgalmi nyilvántartás (Ambuláns napló) kitöltésével történik. Az Ambuláns napló alapja az Ambuláns adatlap, melynek adattartalmát az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet írja elő.

Ambuláns napló napi lezárása: a rendelés befejeztével a rendelést végző orvos az utolsó sort aláhúzza, a következő sorban az aznapi utolsó naplószámot betűvel kiírja, majd aláírásával és személyi bélyegzőjével hitelesíti. Belső utasításban kell rögzíteni, hogy több, együtt rendelő orvos közül ki hitelesíti az Ambuláns naplót, továbbá folyamatos, egymást követő rendelés esetében mikor kell lezárni a napi teljesítményt.

Ha az adatfeldolgozás számítógépen történik, az egészségügyi és személyazonosító adatok kezelése és feldolgozása során biztosítani kell az adatok biztonságát véletlen vagy szándékos megsemmisítéssel, megsemmisüléssel, megváltoztatással, károsodással, nyilvánosságra kerüléssel szemben, továbbá, hogy azokhoz illetéktelen személy ne férjen hozzá. A rendelés befejezésekor (vagy éjfélkor) a számítógépes nyilvántartás tárgynapi listáját (minimálisan rendelés kódja, naplósorszám, TAJ-szám, név, születési idő) ki kell nyomtatni és az előzőek szerint az orvosnak alá kell írni.

Az elvégzett beavatkozásokat dokumentálni kell a betegkartonon vagy az annak megfelelő nyilvántartásban. A betegnek kiadott lelet, szakvélemény stb. másolatát a dokumentációhoz csatolni kell.

2.6. Az ambuláns napló és a rekordkép részei

(Zárójelben adjuk meg a rekord nevét a beküldési rekordkép szerint, amennyiben jelentendő adat.)

2.6.1. Naplósorszám - 8 karakter (NAPLO)

Az év elejével kezdett, szakorvosi rendelésenként önálló folyamatos sorszám. Belső munkahelyenként (naplónként) kötetszám alkalmazható az első 2 karakteren. A rendelési időn kívül ellátott sürgősségi esetekről külön naplót kell vezetni, melynek

kötetszáma **90-99**. E napló adatai a megfelelő szakrendelés, illetve szakambulancia teljesítményével együtt jelenthető. A laboratóriumban végzett vérvétel (88460-88461-88462) kódok mellett elszámolható a gyermek kiegészítő kód. Ezt a tevékenységet külön naplóban kell vezetni, melynek kötetszáma **88-89**. Egy beteg egy naptári napon belül egy szakrendelésen (önálló szervezeti egységen) történő megjelenése egy naplósorszámmon kell, hogy szerepeljen.

2.6.2. **Rendelő neve**

Az ellátást végző szakrendelés megnevezése. Jelenteni nem kell, csak az ambuláns naplóban rögzíteni.

2.6.3. **Rendelő azonosító - 9 karakter (R_AZON)**

A szakorvosi rendelés 9 jegyű azonosítója, a finanszírozási szerződés szerint.

2.6.4. **Beküldő munkahely neve**

Az ellátást kérő (beutaló) rendelés megnevezése, amennyiben rendelkezésre áll. Jelenteni nem kell, csak az ambuláns naplóban rögzíteni.

2.6.5.1. **Beutaló orvos munkahelyének azonosítója – 9 karakter (BEK)**

Finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén az ő munkahelyének szerződés szerinti azonosító kódja, nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a működési engedély szerinti szervezeti egységkód, a NEAK ellenőrző orvosainak beutalása esetén 999999991, az orvos saját maga, vagy közeli hozzátartozója beutalása esetén (pro familia) 999999992.

Beutalással igénybe vehető szakrendelések esetén kötelezően kitöltendő. Beutaló nélkül felkereshető szakrendelés (gondozó) a beutaló nélkül ellátott beteg adatlapján beküldő azonosítóként technikai okból az ellátó rendelés a saját rendelő azonosító kódját (l. 1.20) adja meg. Ugyancsak a saját kódot kell alkalmazni a visszarendelt (gondozott) beteg esetében is. (részletesebben az orvosi beutaló tartalmi követelményeiről és a beutalásra jogosult orvosok azonosító kódjára vonatkozó tájékoztatásról szóló NEAK Közleményben)

2.6.5.2. **Beutaló orvos pecsétszáma: 5 karakter (BORV_AZON)**

Beutalással igénybe vehető rendelések esetén kötelezően kitöltendő mező.

A beutaló orvos 5 jegyű orvosi bélyegző száma. Ha nem beutaló köteles a szervezeti egység, akkor az ellátó orvos pecsétszáma.

2.6.5.3. **Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat – 9 karakter (BADAT)**

Beutalással igénybe vehető rendelések esetén kötelezően kitöltendő mező. A beutalást megalapozó ellátás nyilvántartására szolgáló betegforgalmi napló sorszáma, fekvőbeteg gyógyintézet orvosának beutalása esetén a beteg törzsszáma. Egyéb, nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosának beutalása esetén a beutalás napi dátuma, vezető nullával. Ha nem beutaló köteles a szervezeti egység, akkor az ellátás saját naplószáma.

2.6.5.4 **Beutalás kelte** – 8 karakter (BDATUM)

2.6.6. **Térítési kategória** - 2 karakter (TERKAT)

A térítés típusára utaló kód. (Az első karakter nulla, kivéve a kórházi fekvőbeteg szűrése.)

- 01 = magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás
- 02 = magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása
- 03 = államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás
- 04 = egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása
- 05 = magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása
- 06 = fekvőbeteg részére végzett ellátás
61 - magyar biztosítás alapján kórházi fekvőbeteg részére végzett szűrővizsgálat
- 09 = külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása
(Segítő Jobb)
- 0A = befogadott külföldi állampolgár
- 0D = menekült, menedékes státuszt kérelmező
- 0E = elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás
- 0F = orvostudományi kutatásokkal, gyógyszerek, vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatával összefüggő beavatkozások
- 0G = orvostudományi kutatásokkal, gyógyszerek, vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatával összefüggő beavatkozások miatt bekövetkezett szövődmény ellátása
- 0K = külföldi (nem magyar biztosított) donor ellátása
- 0M = magyar biztosítás alapján méltányosságból átvállalt térítés ellenében végzett ellátás
- 0R = magyar biztosítás alapján részleges térítés ellenében végzett ellátás, a részleges térítési díj összegének feltüntetése.
- 0S = Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása
- 0T = uniós beteg részére magyar egészségügyi szolgáltató által határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében végzett ellátás
- 0V = magyar biztosított külföldi ellátása a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról és annak végrehajtásáról szóló uniós rendeletek alapján
- 0Y = magyar biztosított külföldi ellátása a határon átnyúló egészségügyi ellátás keretében
- 0W = magyar biztosítás alapján magyarországi szolgáltató által a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet 5. § (3) bekezdése szerint végzett ellátás
- 00 = élsportoló speciális ellátása
- 0X = várólista csökkentési többlet forrás terhére történő ellátás, utólagos elszámolással

2.6.6.1. Részleges térítési díj – 6 karakter (RTERDIJ)

Amennyiben az Ebtv. 23. §-ának *b*), pontja alapján, az ellátást végző orvos meghatározott feltételek szerint történt megválasztása esetén, a biztosított részleges térítési díjat fizet az ellátás igénybevétele során, annak összegével az adott szolgáltatásért elszámolható finanszírozási összeget csökkenteni kell.”

2.6.7. Ellátást végző orvos kódja - 5 karakter (ORV_AZON)

Az ellátást nyújtó orvos 5 jegyű pecsét száma. Amennyiben az ellátást nem orvos nyújtja, pszichológus, gyógytornász, logopédus stb. esetében üresen marad. Belső kód kialakítható, de nem jelenthető.

2.6.8. Állampolgárság - 3 karakter (ALLAMP)

Elsődlegesen, ha a beteg érvényes egészségbiztosítással rendelkezik, az egészségbiztosítási rendszert fenntartó állam kódját, egyébként a beteg állampolgárságának kódját kell megadni. Magyar állampolgár: HUN. Az államközi szerződés, illetve az egyezmények alapján finanszírozott államok aktuális listáját a WWW.NEAK.GOV.HU-n megtalálható.

2.6.9. Személyazonosító jel (TAJ-szám) - 9 karakter (TAJ)

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 4. § (4)-(6) bekezdésében foglalt rendelkezése alapján lehetőség van a TAJ-számmal nem rendelkező újszülöttek és az ismeretlen, TAJ-számmal és a személy azonosítására szolgáló adatokkal nem rendelkező, valamint a TAJ-szám bemutatását elmulasztó betegek ellátásának jelentésére.

Az elszámolhatóság érdekében a következők szerint szükséges eljárni:

Újszülöttek ellátása esetén:

Az újszülöttek ellátásának jelentése a születést követő 2. hónap utolsó napjáig – **az újszülött TAJ-száma hiányában** – a NEAK által meghatározott elvek szerinti informatikai kód alkalmazásával történik. Az informatikai kódot az alábbiak szerint kell képezni: Az újszülött édesanyjának kilencjegyű TAJ-számának első pozícióján szereplő karaktert a "8"-as számjeggyel kell helyettesíteni. Ikerszülés, illetve ikrek ellátása során az édesanya TAJ-számának első pozícióján szereplő karaktert elsőszülött esetében – az előbbiek szerint – a "8"-as, másodszülött esetében a "7"-es, harmadszülött esetében a "6"-os számjeggyel – és így tovább – kell helyettesíteni.

Példa

Az újszülött édesanyjának TAJ-száma:	011 111 111
Az újszülött informatikai kódja:	811 111 111
Ikrek esetén a másodszülött informatikai kódja:	711 111 111
a harmadszülött informatikai kódja:	611 111 111, stb.

A fentiek szerint képzett informatikai kód a születést követő 2. hónap utolsó napjáig alkalmazható, ezért az így képzett informatikai kód csak a 2-es személyazonosító

típussal jelenthető. (Személyazonosító típus: 2= 6 hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ-száma)

Ismeretlen személy ellátása esetén:

Az ismeretlen, TAJ-számmal és a személy azonosítására szolgáló adatokkal nem rendelkező beteg ellátása esetén a TAJ mezőben minden esetben a 900 000 007 helyettesítő TAJ-szám szerepeltethető. A 900 000 007 helyettesítő TAJ-szám használata esetén az ellátást végző szolgáltatónak a beteg adatlapját a teljesítményjelentéshez csatolva meg kell küldeni a NEAK területileg illetékes igazgatási szerve részére. Az ilyen módon jelentett szolgáltatások kifizetésére csak a NEAK területileg illetékes igazgatási szerve által 60 napon belül elvégzendő helyszíni ellenőrzést követően kerülhet sor. Amennyiben a NEAK területileg illetékes igazgatási szerve az ellenőrzést az adatlap megküldésétől számított 60 napon belül nem végzi el, a szolgáltató részére ki kell fizetnie a nyújtott szolgáltatásért járó díjazást. A 900 000 007 TAJ-szám csak a 6-os személyazonosító típussal jelenthető. (Személyazonosító típus: 6=ismeretlen TAJ-számú elhunyt személy, illetve ismeretlen beteg)

TAJ-számot igazoló okmánnyal nem rendelkező beteg ellátása esetén:

Amennyiben az ellátott beteg TAJ-számát az ellátáskor nem tudja igazolni, akkor ő vagy hozzátartozója a TAJ-számot igazoló okmányt az ellátást követő 15 napon belül köteles bemutatni. Ha az ellátást követő 15 napon belül ezen kötelezettségének írásbeli felszólítást követően sem tett eleget, a szolgáltató a területileg illetékes kormányhivatal egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervénél kezdeményezheti a TAJ-szám rendelkezésre bocsátását, az ellátott személy azonosítására szolgáló, rendelkezésére álló adatok (név, születési hely, születési idő, anyja neve, lakcíme) megküldésével.

A teljesítmény jelentése a területileg illetékes kormányhivatal egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervétől megkapott TAJ-számon történik meg.

2.6.10. Személyazonosító típusa - 1 karakter (AZ_TIP)

Lehetséges értékei:

0 = TAJ-szám mező nincs kitöltve

1 = TAJ-szám mező ki van töltve

2 = 6. hónapnál fiatalabb gyermek képzett TAJ-száma

3 = érvényes biztosítás országának vagy a páciens állampolgárságának kódja

4 = Segítő Jobb engedélyének száma

5 = menedékes igazolvány száma

6 = ismeretlen TAJ-számú elhunyt személy ill. ismeretlen beteg

7 = ismeretlen beteg

9 = személyazonosító a menekült, menedékes és oltalmazott státusz kérelmezését megelőzően nyújtott ellátás során

A mező tartalma összefügg a térítési kategóriával az alábbiak szerint:

Személyazonosító típusa	Alkalmazható térítési kategória
0	02,04,06,0A,0D,0F,0G,0K,0S,0T
1	01,04,06,61,0F,0G,0R,0M,0V,0Y,0W,00,0X
2	01,04,06,61,0M,0V,0Y,0W
3	02,03,04,06,09,0A,0D,0E,0K,0S,0T
4	06,09
5	05,06,0A,0D
6/7	01,06,61
9	06,0S

2.6.11. Beteg neve

Kötelezően nyilvántartandó adat, melyet nem kell jelenteni.

2.6.12. Beteg születési dátuma - 8 karakter (SZUL)

A beteg születési dátuma az évszázaddal együtt. Pl: 19541201

2.6.13. Anyja neve

Kötelezően nyilvántartandó adat, melyet nem kell jelenteni.

2.6.14. Anyakönyvi név

Kötelezően nyilvántartandó adat, melyet nem kell jelenteni.

2.6.15. Beteg neme - 1 karakter (NEM)

1 férfi

2 nő

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

2.6.16. Lakcím, irányító számmal - 4 karakter (IRSZAM)

Az ellátandó személy tartózkodási helyének irányítószáma, címe. Jelenteni csak az irányító számot kell.

2.6.17. Kezelés ideje - 8 karakter (DATUM) - 4 karakter (ORA)

Ellátás napja (DATUM) az évszázaddal együtt, kötelezően kitöltendő (pl: 20000404).
Ellátás időpontja óra, perc (ORA). Kitöltése csak elsősegély esetén kötelező! Az általános laboratórium és a patológia esetében a vizsgálati minta vételének dátuma jelenti az ellátás napját.

2.6.18. Ellátás típusa - 1 karakter (ELL_TIP)

Az ellátás jellegére utaló kódszám:

1 = első szakellátás az adott betegséggel kapcsolatban

2 = visszarendelés

3 = szakorvosi konzílium

4 = elsősegélynyújtás

5 = tartósan gondozott beteg kontroll vizsgálata

6 = szűrés

7 = gondozásba vétel

8 = gondozott beteg ellátása

T = telemedicinális ellátás

2.6.19. Tovább küldés - 1 karakter (TOVA)

A beteg tovább küldésének jelölésére szolgál

0 = továbbküldés nem történt

1 = más járóbeteg szakrendelésre küldve

2 = háziorvosi szolgálathoz irányítva

3 = a beküldő háziorvoshoz irányítva

4 = meghalt

5 = saját szakorvosi rendelésre visszarendelve

6 = a beküldő szakrendeléshez visszairányítva

7 = fekvőbeteg gyógyintézetbe utalva

8 = házi szakápolásra utalva

2.6.20. Baleset minősítése - 2 karakter (BALESET)

00 = nem baleset, nem foglalkozási betegség

11 = munkahelyi baleset munkahely területén és/vagy munkavégzés közben

16 = ellátást nyújtó egészségügyi intézményben történt baleset

20 = foglalkozási megbetegedés miatti egészségügyi ellátás

21 = közúti baleset KRESZ hatálya alá tartozó gépjárművel

22 = közúti baleset tömegközlekedési eszközön

31 = háztartási baleset

32 = sportbaleset

34 = állat okozta baleset

40 = közterületen történt baleset

41 = baleset feltételezhető, de a körülményei nem ismertek

42 = idegenkezűség következtében létrejött baleset

43 = fentiekbe be nem sorolható egyéb baleset

2.6.21. Diagnózis (BNO kód) - 5 karakter, 5 mező (BNO_1 - BNO_5)

5 karakter, melyből az első betű, a további négy szám. A kódokat a BNO X. revíziója tartalmazza. Az ellátást indokoló betegség kódja. Amennyiben az ellátások több diagnózishoz kötődnek, azokat is jelteni kell. Fel kell tüntetni minden olyan diagnózist, mely az adott ellátási eset során beavatkozás indokául szolgált, illetve amelyhez vényfelírás, keresőképesség elbírálása, továbbküldés kapcsolódik! Ellátást indokoló első diagnózis nem lehet Z - V - W - Y jelű kód. Baleset, mérgezés, szűrő vizsgálatok esetében második kód is kötelező (Z - V - W - Y jelű). A diagnosztikai munkahelyeknek a beküldő által kötelezően megjelölt diagnózist, iránydiagnózist kell jelteniük. Az általános laboratórium nem köteles BNO kódot jelteni.

2.6.22. Beavatkozás (OENO kód) - 5 karakter, 6 mező (WHO_1 - WHO_6)

Az adott ellátási eset kapcsán elvégzett beavatkozások kódja. Együttesen alkalmazható OENO kódok tekintetében a mindenkor hatályos "Szabálykönyv" a mérvadó.

2.6.23.1 Mennyiség - 2 karakter, 6 mező (MENNY_1 - MENNY_6)

A jelentett beavatkozás (WHO_1 - WHO_6) elvégzett mennyiségeit tartalmazza. A mennyiség megjelölésére szolgál mindazon beavatkozások esetében, ahol egy ellátás keretében több is alkalmazható, illetve a mennyiség megjelölése finanszírozási szempont.

2.6.23.2 **Beavatkozás jellege** – 1 karakter 6 mező (JELL_1 – JELL_6)

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

Egy rekordban 1 fődiagnózis (BNO), 4 további diagnózis (BNO) és 6 beavatkozás (WHO_1-WHO_6) tüntethető fel. Amennyiben ennél több kötődik az ellátási esethez, a továbbiak feltüntetésére új rekordot kell képezni (folytató rekord), melyben adatot feltüntetni az R_AZON, NAPLO, továbbá a BNO_2 - BNO_5 és/vagy WHO_1, MENNY_1 - WHO_6, MENNY_6 mezőkben kell, a többi mezőt a folytató rekordban üresen kell hagyni.

Nem kötelezően kitöltendő mezők:

2.6.24. **Laborvizsgálat kérés** - 1 karakter (LABOR)

- 0 = nem történt laboratóriumi vizsgálat kérés
- 1 = labor- (haematológia vércsoport) és kémiai vizsgálatok
- 2 = szerológia
- 3 = labor- (haematológia vércsoport) és kémiai vizsgálatok és szerológia együtt (1+2)
- 4 = tenyésztéses mikrobiológiai vizsgálat
- 5 = tenyésztés és rezisztencia vizsgálat
- 6 = izotóp laborvizsgálat (in vitro)
- 7 = izotóp laborvizsgálat (in vivo)
- 8 = vizsgálat kérés vérellátótól
- 9 = egyéb speciális laborvizsgálat

2.6.25. **Képalkotó vizsgálat kérés** - 1 karakter (RTG)

- 0 = nem történt vizsgálat
- 1 = csak mellkas röntgenvizsgálat
- 2 = egyéb natív röntgenvizsgálat
- 3 = kontrasztanyag röntgenvizsgálat (kivéve angiográfia)
- 4 = angiográfia
- 5 = többféle natív és/vagy kontrasztanyag röntgenvizsgálat (kivéve angiográfia)
- 6 = angiográfia és egyéb képalkotó vizsgálat együtt
- 7 = ultrahang
- 8 = izotóp
- 9 = egyéb képalkotó vizsgálat

2.6.26. **CT-MRI-PET vizsgálat kérés** - 1 karakter (CTMR)

- 0 = nem történt
- 1 = CT vizsgálat kérés
- 2 = MRI vizsgálat kérés
- 3 = PET vizsgálat kérés
- 4 = CT-MRI-PET vizsgálat kombinációja

2.6.27. Fizioterápiás vizsgálat kérés - 1 karakter (FIZIOTER)

- 0 = nem történt
- 1 = száraz egyéni terápia
- 2 = száraz csoportos terápia
- 3 = nedves egyéni terápia
- 4 = nedves csoportos terápia
- 5 = száraz és nedves együttes terápia
- 6 = elektroterápia
- 7 = nedves és elektromos terápia együtt
- 8 = fény- és klímaterápia együtt

2.6.28. Útiköltség-térítési igény - 1 karakter (UTKLTG)

- 0 = útiköltség-térítéssel kapcsolatos esemény nem történt
- 1 = az útiköltség-térítés indokoltságát a rendelés igazolta
- 2 = szakorvosi rendelés útiköltség utalványt állított ki
- 3 = betegszállítás rendelése

2.6.29. Keresőképesség elbírálása - 1 karakter (K_KEP)

- 0 = keresőképesség elbírálása nem történt
- 1 = keresőképtelenség megállapítása korábban keresőképes személynél
- 2 = keresőképtelen személy kontrollja és további keresőképtelenség megállapítása
- 3 = keresőképtelen személy kontrollja és újbóli keresőképesség megállapítása
- 4 = keresőképtelenség lezárása halál miatt
- 5 = keresőképtelenség lezárása egyéb ok miatt

2.6.30. Felírt gyógyászati segédeszköz vények száma - 2 karakter (GYOGYSEG)

A felírt gyógyászati segédeszköz vények számát kell megadni, beleértve a szemüvegrendelést is.

2.6.31. Felírt vények száma - 2 karakter (RECEPT)

A felírt vények darabszámát kell megadni a gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő felírás kivételével.

2.6.32. Felírt gyógyfürdő vények száma - 2 karakter (GYOGYFURD)

A felírt gyógyfürdő vények számát kell megadni.

2.6.33. Elszámolási nyilatkozat - 2 karakter (ELSZNYIL) (2008.01.01-től)

2011. január 1-től nem kötelező kitöltésű mező, mivel az erre vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség megszűnt.

10 = az elszámolási nyilatkozat szabályszerű aláírása megtörtént

20 = az elszámolási nyilatkozat aláírása nem történt meg”

50 = a biztosított ellátása nem fejeződött be, összetartozó kezelési sorozat nem utolsó eseménye

60 = az elszámolási nyilatkozatot nem kell kiállítani:

- a közvetlen beteg jelenlétet nem igénylő diagnosztikai vizsgálat
- MSZSZ ellátás esetén
- Szövetteni és citológiai vizsgálat esetén

2.7. A 2. számú REKORD képben megjelenő további adatok

2.7.1. Javítás jelölése - 1 karakter (JAV)

Javításként készített feljegyzés elkülönítésére szolgáló mező.

Lehetséges értékei:

0	Új rekord Adathiány miatt pótlólagosan beküldött teljesítmény
1	Intézet kezdeményezése Hibalistán visszkapott rekordok korrekciója, illetőleg a jelentést küldő intézmény által felfedezett hibák javítása
2	NEAK kezdeményezése Helyszíni ellenőrzés kapcsán feltárt hibák javítása

2.7.2. Eredeti jelentés rendelőazonosítója - 9 karakter (ER_AZON)

A korrekcióra beküldött eredeti rekordban szereplő szakorvosi rendelés 9 jegyű azonosítója, (l. 2.6.3 az előzőekben). Csak akkor töltendő ki, ha egy már beküldött és elfogadott rekord korrekciója történik

2.7.3. Eredeti jelentés naplószáma - 8 karakter (ENAPLO)

A korrekcióra beküldött eredeti rekordban szereplő az év elejével kezdett, szakorvosi rendelésenként önálló folyamatos sorszám. (l. 2. 6. 1 az előzőekben). Csak akkor töltendő ki, ha egy már beküldött és elfogadott rekord korrekciója történik.

2.7.4. Eredeti jelentés dátuma -8 karakter (EDATUM)

A korrekcióra beküldött eredeti rekordban szereplő az évszám évszázaddal, a hónap sorszáma, nap száma. (pl.19991205) Csak akkor töltendő ki, ha egy már beküldött és elfogadott rekord korrekciója történik.

3. Egységes járóbeteg adatszolgáltatás

3.1. Tételes járóbeteg forgalmi jelentés

Használata: minden szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak a tárgyhót követő 5-ig munkanapjáig az eJelentés nevű online rendszeren keresztül kell továbbítania..

Formája: szövegfájl, aminek neve TETxxxx.AMB, ahol xxxx az adott szakellátó intézmény 4 jegyű NEAK kódja. A fájl az "Egységes beküldési rekordkép"-nek tartalmukban és formájukban megfelelő rekordokat tartalmazza összefűzve. Egyéb adatot az állomány nem tartalmazhat. Ha az intézmény több szakorvosi rendelést üzemeltet ezek rekordjait folyamatosan összefűzve egy állományban leadhatja. Több telephely esetén lehetőség van külön állományokban is feladni a jelentéseket. Kizárólag ASCII file küldhető be.

Adattartalma: az egyes ellátási esetekről készült (beleértve a fekvőbeteg gyógyintézetbe felvett személy részére végzett ellátást is) az "Egységes beküldési rekordkép"-nek megfelelő rekordok egymás után összefűzve egy adatállományban. Az állományba került egyes adatoknak meg kell egyezniük az "Ambuláns ellátási napló"-ban vagy a "Napi betegforgalmi jelentés"-ekben megőrzendő adatokkal. Intézményenként az első nyolc rekord technikai jellegű, az alább ismertetett adattartalommal.

Amennyiben a tárgyidőszakban korábbi rekord javítása történt, a javított rekordot - benne a javítás jelölésével - külön állományként a 2. számú REKORD kép szerint küldendő be.

Pótjelentés, korrekciós jelentés neve TETxxxx.AMK, ahol xxxx az adott szakellátó intézmény 4 jegyű NEAK kódja.

Kezelése: Az eJelentés felületen történő beolvasás menetéhez segítséget a NEAK honlapján találhat. A sikeres feltöltésre válaszul egy visszaigazoló listát, illetve a hibás tételekről egy részletes visszaigazolót kap vissza (TETxxxx.REP). A hibaállomány értelmezéséhez segítséget nyújthat a TETLIST program, ami kilistázza annak tartalmát. Ez a program letölthető a NEAK honlapjáról.

A szolgáltató által beküldendő "Egységes járóbeteg adatszolgáltatás" első nyolc rekordjának tartalma:

1. rekord: 1-9. pozíció: a szolgáltató 4 jegyű azonosítója "00000"-val kilenc jegyre kiegészítve, a kódképzés szabályai szerint. 10-13. pozíció: a szolgáltató finanszírozási NEAK kódja.
2. rekord: 1-9. pozíció: a szolgáltató adóigazgatási azonosító számának első kilenc jegye
3. rekord: 1-2. pozíció: a szolgáltató adóigazgatási azonosító számának utolsó két számjegye
3. pozíció: szóköz /CHR(32)/
4-9. pozíció: elszámolási időszak év, hó
4. rekord: 1- 7. pozíció: a beküldött rekordok száma, jobbra rendezve
5. rekord: 1- 8. pozíció: a pénzforgalmi jelzőszám első 8 számjegye
6. rekord: 1- 8. pozíció: a pénzforgalmi jelzőszám második 8 számjegye
7. rekord: 1- 8. pozíció: a pénzforgalmi jelzőszám harmadik 8 számjegye
8. rekord: üres rekord

3.2. Korrekció illetve pótjelentés

Adathiány vagy hibás jelentés miatt a szolgáltató a pótlólagos elszámolás iránti igényét vagy a beküldött adat javítását legfeljebb a teljesítés hónapját követő második hónap 5. napjáig küldheti meg. Az elszámolásra már beküldött adatok javítása, illetve a technikai okokból feldolgozhatatlan adatok pótlása az elszámoló által megküldött hibalista (REP állomány) alapján, a teljesítést követő negyedik hónap 5. napjáig nyújtható be. (43/1999. (III.3.) Kormányrendelet 5. § (1) bek.) A fekvő-járó átfedésekről megküldött hibalista alapján a teljesítés hónapját követő ötödik hónap 5. napjáig nyújtható be az adat javítása.

Az el nem számolható hibás vagy hiányos tételekről hibalista (REP állomány) készül. A listán szereplő tételek csak a hibajavítást követően kerülnek elszámolásra, az általános szabályok szerint.

A korrekciós állomány JAV mezéjét minden esetben és minden rekordnál (folytató rekordnál is) ki kell tölteni.

Az eredeti rendelő azonosító – naplósám – dátum mezőket pedig csak akkor, hogy ha a korrekció ezen mezőket érinti. Ebben az esetben ezeket a mezőket is ki kell tölteni a folytató rekordokban is (mind a hármat!).

A „Tételes járóbeteg forgalmi jelentés” és a „Korrekció illetve pótleletés” minden esetben külön állományban kell legyen az eltérő rekordkép miatt!!

3.3. A jelentéshez szükséges rekordképek és kísérőjegyzékek, hibajegyzék

1. számú REKORD kép

Egységes beküldési rekordkép a járóbeteg szakellátás teljesítmény-elszámolásához

Mezőnév	Típus	Hossz	Adat neve
R_AZON	Karakter	9	Rendelőazonosító
ORV_AZON	Karakter	5	Orvos vagy ellátó azonosító
BEK	Karakter	9	Beküldő kódja
BORV_AZON	Karakter	5	Beutaló orvos pecsétszáma
BADAT	Karakter	9	Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat
BDATUM	Karakter	8	Beutalás kelte
NAPLO	Karakter	8	Naplószám
DATUM	Karakter	8	Dátum
ORA*	Karakter	4	Idő
ALLAMP	Karakter	3	Állampolgárság
TAJ	Karakter	9	Azonosító
AZ_TIP	Karakter	1	Személyazonosító típusa
NEM	Karakter	1	Nem
SZUL	Karakter	8	Születési idő
IRSZAM	Karakter	4	Irányítószám
TERKAT	Karakter	2	Térítési kategória
RTERDIJ	Karakter	6	Részleges térítési díj
ELL_TIP	Karakter	1	Ellátás típusa
BNO_1	Karakter	5	Kezelést indokló diagnózis
BNO_2*	Karakter	5	További diagnózisok/1
BNO_3*	Karakter	5	További diagnózisok/2
BNO_4*	Karakter	5	További diagnózisok/3
BNO_5*, **	Karakter	5	További diagnózisok/4
WHO_1	Karakter	5	Beavatkozások/1
MENNY_1	Karakter	2	Az 1. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_1	Karakter	1	Az 1. beavatkozás jellege
WHO_2	Karakter	5	Beavatkozások/2
MENNY_2	Karakter	2	A 2. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_2	Karakter	1	Az 2. beavatkozás jellege
WHO_3	Karakter	5	Beavatkozások/3
MENNY_3	Karakter	2	A 3. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_3	Karakter	1	Az 3. beavatkozás jellege
WHO_4	Karakter	5	Beavatkozások/4
MENNY_4	Karakter	2	A 4. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_4	Karakter	1	Az 4. beavatkozás jellege
WHO_5	Karakter	5	Beavatkozások/5
MENNY_5	Karakter	2	Az 5. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_5	Karakter	1	Az 5. beavatkozás jellege
WHO_6 **	Karakter	5	Beavatkozások/6
MENNY_6	Karakter	2	A 6. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_6	Karakter	1	Az 6. beavatkozás jellege
TOVA	Karakter	1	Továbbküldés
LABOR*	Karakter	1	Laboratóriumi vizsgálat kérés
RTG*	Karakter	1	Képalkotó vizsgálat kérés
CTMR*	Karakter	1	CT, MR, PET vizsgálat kérés
FIZIOTER*	Karakter	1	Fizioterápiás ellátásra utalás
K_KEP*	Karakter	1	Keresőképesség elbírálása
UTKLTG*	Karakter	1	Útiköltség
BALESET	Karakter	2	Baleset
RECEPT*	Karakter	2	Felírt vények
GYOGYSEG*	Karakter	2	Vényre felírt gyógyászati segédeszközök

GYOGYFURD*	Karakter	2	Vényre felírt gyógyfürdő kezelés
ELSZNYIL *	Karakter	2	Az elszámolási nyilatkozat szabályszerű aláírása megtörtént-e
TERMEN *	Karakter	2	Térítés, vagy térítésmentesség jogcíme
TERMOD *	Karakter	2	Térítés módja
összesen:		194	
A sorokat kocsivissza, soremelés karakterek zárják / CHR(10),CHR(13) /			

* A megjelölt mezők kitöltése nem kötelező

** Egy rekordban 4 "További diagnózis" és 6 "Beavatkozás" tüntethető fel. Amennyiben ennél több kötődik az ellátási esethez, a továbbiak feltüntetésére új rekordot kell képezni, melyben adatot feltüntetni az "R_AZON", "NAPLO", továbbá a "BNO_2" - "BNO_5" és/vagy "WHO_1", "JELL_1" - "WHO_6", "JELL_6" mezőkben kell, a többi mező üresen hagyása mellett.

2. sz. REKORD kép

Egységes beküldési rekordkép a járóbeteg szakellátás teljesítmény-elszámolásához

Mezőnév	Típus	Hossz	Adat neve
R_AZON	Karakter	9	Rendelőazonosító
ORV_AZON	Karakter	5	Orvos vagy ellátó azonosító
BEK	Karakter	9	Beküldő kódja
BORV_AZON	Karakter	5	Beutaló orvos pecsét száma
BADAT	Karakter	9	Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat
BDATUM	Karakter	8	Beutalás kelte
NAPLO	Karakter	8	Naplószám
DATUM	Karakter	8	Dátum
ORA*	Karakter	4	Idő
ALLAMP	Karakter	3	Állampolgárság
TAJ	Karakter	9	Azonosító
AZ_TIP	Karakter	1	Személyazonosító típusa
NEM	Karakter	1	Nem
SZUL	Karakter	8	Születési idő
IRSZAM	Karakter	4	Irányítószám
TERKAT	Karakter	2	Térítési kategória
RTERDIJ	Karakter	6	Részleges térítési díj
ELL_TIP	Karakter	1	Ellátás típusa
BNO_1	Karakter	5	Kezelést indokló diagnózis
BNO_2*	Karakter	5	További diagnózisok/1
BNO_3*	Karakter	5	További diagnózisok/2
BNO_4*	Karakter	5	További diagnózisok/3
BNO_5*, **	Karakter	5	További diagnózisok/4
WHO_1	Karakter	5	Beavatkozások/1
MENNY_1	Karakter	2	Az 1. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_1	Karakter	1	Az 1. beavatkozás jellege
WHO_2	Karakter	5	Beavatkozások/2
MENNY_2	Karakter	2	A 2. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_2	Karakter	1	Az 2. beavatkozás jellege
WHO_3	Karakter	5	Beavatkozások/3
MENNY_3	Karakter	2	A 3. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_3	Karakter	1	Az 3. beavatkozás jellege
WHO_4	Karakter	5	Beavatkozások/4
MENNY_4	Karakter	2	A 4. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_4	Karakter	1	Az 4. beavatkozás jellege
WHO_5	Karakter	5	Beavatkozások/5
MENNY_5	Karakter	2	Az 5. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_5	Karakter	1	Az 5. beavatkozás jellege
WHO_6 **	Karakter	5	Beavatkozások/6
MENNY_6	Karakter	2	A 6. beavatkozáshoz tartozó mennyiség
JELL_6	Karakter	1	Az 6. beavatkozás jellege
TOVA	Karakter	1	Továbbküldés
LABOR*	Karakter	1	Laboratóriumi vizsgálat kérés
RTG*	Karakter	1	Képalkotó vizsgálat kérés
CTMR*	Karakter	1	CT, MR, PET vizsgálat kérés
FIZIOTER*	Karakter	1	Fizioterápiás ellátásra utalás
K_KEP*	Karakter	1	Keresőképeség elbírálása
UTKLTG*	Karakter	1	Útiköltség
BALESET	Karakter	2	Baleset
RECEPT*	Karakter	2	Felírt vények
GYOGYSEG*	Karakter	2	Vényre felírt gyógyászati segédeszközök
GYOGYFURD*	Karakter	2	Vényre felírt gyógyfürdő kezelés

ELSZNYIL *	Karakter	2	Az elszámolási nyilatkozat szabályszerű aláírása megtörtént-e
TERMEN *	Karakter	2	Térítés, vagy térítésmentesség jogcíme
TERMOD *	Karakter	2	Térítés módja
JAV	Karakter	1	Javítás jelölése
ER_AZON *	Karakter	9	Eredeti jelentés rendelőazonosítója
ENAPLO *	Karakter	8	Eredeti jelentés naplószáma
EDATUM *	Karakter	8	Eredeti jelentés dátuma
Összesen:		220	
A sorokat kocsivissza, soremelés karakterek zárják / CHR(10),CHR(13) /			

* A megjelölt mezők kitöltése nem kötelező

** Egy rekordban 4 "További diagnózis" és 6 "Beavatkozás" tüntethető fel. Amennyiben ennél több kötődik az ellátási esethez, a továbbiak feltüntetésére új rekordot kell képezni, melyben adatot feltüntetni az "R_AZON", "NAPLO", továbbá a "BNO_2" - "BNO_5" és/vagy "WHO_1", "JELL_1" - "WHO_6", "JELL_6" mezőkben kell, a többi mező üresen hagyása mellett.

A hibajegyzékben (REP állomány) található, az egyes mezőknek megfelelő hibakódok

Általános hibakód: **0**. Jelentése: érvénytelen adat, más mezőkkel való összefüggés nélkül, annál a mezőnél van megadva, ahol keletkezett. (pl: a rendelő azonosító nem szerepel az intézmény szerződésében.) Amennyiben más típusi hiba az adott mezőnél nem fordulhat elő, azokat nem soroljuk fel.

Az adatrekordban bármilyen hiba található az alábbiak közül, hibalistára kerül a hiba megjelölésével. A rendszerben egy időszakon belül az egy ellátási esetet jelölő rekordok (egy esethez több rekord is tartozhat, folytató rekordokkal együtt) unique azonosítója R_AZON+NAPLO.

R_AZON

Hiba	Hibakód
A mező nincs kitöltve, hibás értéket tartalmaz vagy nem szerepel a szerződés állományban az adott azonosító	0
Rendelőazonosító és naplósám nem egyedi (R_AZON+NAPLO nem unique)	1
Pótjelentésben a rendelőazonosító és naplósám nem egyedi (R_AZON+NAPLO nem unique)	4
A folytatórekord előzménye hibás volt	5
Ugyanazon rendelőn és napon lejelentett beteg hibás adata (OENO hiba)	6

BEK

A mező nincs kitöltve, vagy hibás értéket tartalmaz	0
---	---

NAPLO

A mező nincs kitöltve	0
Rendelőazonosító és naplósám nem egyedi (R_AZON+NAPLO nem unique)	1
Folytató rekord előzmény nélkül (R_AZON-nal együtt fordul csak elő)	2
Pótjelentésben a rendelőazonosító és naplósám nem egyedi (R_AZON+NAPLO nem unique)	4
A folytatórekord előzménye hibás volt	5
Ugyanazon rendelőn és napon lejelentett beteg hibás adata (OENO hiba)	6

DATUM

A mező nincs kitöltve, vagy hibás értéket tartalmaz	0
Nem a jelentési időszakra esik	1
Korrektíós jelentésnél az eredeti dátum hibás	2
Korrektíós állományban szereplő eredeti azonosító nem található	3
Fekvő átfedés (TAJ-jal együtt)	F

TAJ

CDV hibás, vagy az éles TAJ adatbázisban nem szereplő TAJ.	0
Elhalálozás	1
Passzívált	P
Fekvő átfedés (dátummal együtt)	F
00 térítési kategórián lejelentett TAJ nincs a MOB olimpiai keretében.	O
0W térítési kategóriás TAJ nincs az engedélyezett TAJ törzsben. (térítési kategóriával együtt)	W

OX térítési kategóriás TAJ nincs az adott intézmény terv táblájában.	X
--	---

NEM

A TAJ-hoz tartozó nem hibás	1
-----------------------------	---

SZUL

A TAJ-hoz tartozó születési dátum hibás	1
---	---

AZ_TIP

Nem esett a 0-6 intervallumba	0
Nem fér össze az személyazonosító típusa a térítési kategóriával. (TERKAT tal együtt fordul csak elő)	1

IRSZAM

A postai irányítószám törzséhez képest vizsgált irányítószám	0
--	---

TERKAT

Nem esett a térítési kategóriák intervallumába	0
Nem fér össze az személyazonosító típusa a térítési kategóriával. (AZ_TIP-pel együtt fordul csak elő, l. AZ_TIP-nél)	1
OW térítési kategóriás TAJ nincs az engedélyezett TAJ törzsben. (TAJ-jal együtt)	W

BNO_1

A mező hibás értéket tartalmaz (nincs a BNO törzsben)	0
Fődiagnózis nem lehet üres (kivétel laboratóriumok 50-es szakmakód, vagy folytató rekord esetén)	1
Folytató rekordban a fődiagnózis nem lehet kitöltve	2
Fődiagnózis nem lehet Z,V,W,Y kezdődő kód	3

BNO_2, BNO_3, BNO_4, BNO_5

A mező hibás értéket tartalmaz (nincs a BNO törzsben)	0
---	---

WHO_1, WHO_2, WHO_3, WHO_4, WHO_5, WHO_6

A mező hibás értéket tartalmaz, mert: nincs a WHO törzsben, vagy nem érvényes az adott időszakban	0
Az adott szakma nem kompetens erre a beavatkozásra, vagy indexes kód esetén az adott szervezeti egység nem szerepel a listán	0
WHO_1 –nél: Elsődleges beavatkozás nem lehet üres	1
Fekvőbetegek részére térítéssel el nem végezhető vizsgálat.	6
Együtt nem jelenthető kód (összeférhetetlenség): a rekordon belül (ebben az esetben az adott szervezeti egységkódon adott napon adott TAJ-szám rekordjai és a folytató rekordjai egynek számítanak) egy másik kóddal összeférhetetlen	X
Együtt jelentendő kód párjának hiánya	E
Nem fér bele a beteg életkora szerint jelenthető intervallumba	L
Az adott beavatkozással kötelezően együtt jelentendő BNO kód hiánya	B
Korlátozott OENO kódok előfordulásának túllépése	T

A vizsgálatot csak szakorvos rendelheti el	Z
--	---

MENNY_1, MENNY_2, MENNY_3, MENNY_4, MENNY_5, MENNY_6

MENNY_1-nél: elsődleges beavatkozás mennyisége nem lehet 0	0
Az adott kódra vonatkozó egy eset kapcsán elszámolható mennyiségi korlát túllépése (ebben az esetben az adott szervezeti egységkódon adott napon adott TAJ-szám rekordjai és a folytató rekordjai egynek számítanak)	S
Az adott kódra vonatkozó időbeni elszámolhatósági intervallum korláton belül van	K,k

Az (A12) szabály alá tartozó beavatkozások

58200 Incisio aponeurosis manus
 58201 Kéz lágyrészének feltárása
 58202 Incisio digiti
 58203 Ínhüvelyi bemetszés
 58204 Idegentest eltávolítás kézből
 58302 Musculotomia
 58303 Tenotomia
 58304 Bursotomia
 58305 Idegentest eltávolítás végtagi lágyrészből
 58306 Idegentest eltávolítás lágyrészből
 58600 Excisio laesionis mammae
 58692 Excisio mammae ectopicae
 58710 Mastotomia
 58722 Mellbimbó plasztika
 58752 Emlő bőrének plasztikája
 58810 Incisio sinus pilonidalis inflammatus
 58820 Incisio et drainage cutis et/seu subcutis
 58822 Carbunculus incisio
 58840 Bőrfüggelék kimetszése
 58841 Bőrbeni és bőr alatti sipoly kimetszése
 58842 Hegkimetszés
 58844 Bőrelváltozás kimetszése
 58845 Bőr alatti elváltozás kimetszése
 58851 Bőrelváltozás radikális kimetszése
 58900 Bőrvarrat
 58901 Resutura cutis
 58902 Primer halasztott varrat
 58903 Sutura cutis secundaria
 81924 Sebköötözés, kötészere (aszéptikus)
 81926 Tampon, vagy csík behelyezés, lazítás, eltávolítás, csere
 83000 Rögzítés kötéssel
 83010 Rögzítés háromszögletű kendővel
 83030 Rögzítés kötéssel v. felfüggesztéssel
 83121 Dessault kötés
 83800 Gipszkötés eltávolítása
 83810 Rögzítő sín eltávolítása
 83820 Támasz vagy merevítés eltávolítása

83890 Egyéb rögzítő eltávolítása
85001 Vérzéscsillapítás tamponálással
85002 Vérzéscsillapítás kötéssel
91010 Párakötés
95850 Amputációs csont formázását célzó rugalmas pólyázás