



Országos Egészségbiztosítási Pénztár



Kitöltési útmutató az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható fekvőbeteg részére végzett rehabilitációs ellátás kódolási szabályairól

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet 36. § (6) bekezdése alapján a rehabilitációs ellátás kódolását, az adatszolgáltatást 2015. április 1-től az OEP által közzétett kitöltési útmutató szerint kell elvégezni.

„A rehabilitációs ellátást végző szervezeti egységek által nyújtott ellátásokat - ide nem értve a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat - az OEP honlapján közzétett kitöltési útmutató szerint kell jelenteni.”

2015.04.

Jelen kitöltési útmutató a Rehabilitációs Ellátás új kódolási szabályainak meghatározását szolgálja.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkársága által kinevezett, a rehabilitációs szakellátások fejlesztéséért felelős miniszteri biztosa az országos alkalmazás előkészítéseként Pilot programot hirdetett meg.

A kitöltési útmutató a Pilot programban részt vevő - a részvételre pályázott és nyertes - szolgáltatók részére kötelező.

A Pilot programban részt vevőkön kívül az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral rehabilitációs ellátásra finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltató számára az adatszolgáltatás jelen kitöltési útmutató szerinti alkalmazása nem kötelező, opcionális.

A hatályos jogszabályi rendelkezések értelmében a kitöltésre vonatkozó szabályok változásával egyidejűleg a finanszírozás szabályai nem változnak.

A kitöltési útmutató előírásait a Pilot program indulási időpontja után felvett betegek esetén kell alkalmazni.

Tartalomjegyzék

1. A kitöltési útmutató alkalmazásának hatálya
2. Értelmező definíciók
3. Általános szabályok, a rehabilitációs osztályos ellátás során kezelt megbetegedés diagnózisainak meghatározása
4. A haláloki diagnózisok meghatározása
5. A különböző diagnózis típusok alkalmazásának szabályai
6. A rehabilitációt indokoló fődiagnózis kapcsolata az alapbetegséggel és a fődiagnózis miatti szövődéssel
7. A rehabilitációs ellátás beavatkozásainak meghatározása és kódolása
8. Az Adatszolgáltatás speciális szabályai

Mellékletek

1. melléklet: Rehabilitációs ellátásban „3” és „P” típusként kódolható diagnózisok listája
2. melléklet: X típusként kódolható diagnózisok listája
3. melléklet: Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozásának kódjai (FNO kódok)
4. melléklet: Rehabilitációs célú eljárások és alkalmazási szabályaik

1. A kitöltési útmutató alkalmazásának hatálya

(1) A kitöltési útmutató a fekvőbeteg szakellátás rehabilitációs szervezeti egységeiben végzett ellátások „Kórházi Adatlap”-on történő dokumentálására vonatkozó speciális, az általánosan alkalmazott – a (2) és a (3) bekezdésben említett külön jogszabályokban meghatározott - kódolási szabályoktól eltérő szabályok leírását szolgálja.

(2) A rehabilitációs szervezeti egységeken ellátott egyéb, nem rehabilitálandó állapotokra, valamint nem rehabilitációs célú ellátásokra alkalmazni kell a gyógyító - megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegségcsoportok kódolási és besorolási szabályairól szóló 10/2012. (II.28.) NEFMI rendelet előírásait.

(3) Az ellátás adatainak meghatározásánál alkalmazni kell a 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet és a vonatkozó „Kitöltési útmutató” előírásait is.

(4) A rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat (NEPCS) továbbra is a gyógyító - megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegségcsoportok kódolási és besorolási szabályairól szóló 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet szerint kell jelenteni.

(5) A kitöltési útmutató szabályait a rendszer indításától kezdődően felvett betegekre kell alkalmazni.

2. Értelmező definíciók

(1) BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) kód:
a betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása alapján alkalmazott, a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója bevezetéséről szóló 42/1995. (XI. 14.) NM rendelet által alkalmazni rendelt kód [10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet 2. § szerint].

(2) OENO (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása) kód:
az egészségügyi eljárások jelölésére használatos és az egészségügyi dokumentációban alkalmazandó, az egészségügyi eljárások azonosítására és csoportosítására használatos kód [10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet 2. § szerint].

(3) FNO (Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség Nemzetközi Osztályozása):
a funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozására használt kódrendszer [10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet 2. § szerint].

(4) RÁFT (Rehabilitációs állapot funkcionális teszt szerint):

a REP-ekben megnevezett funkcionális tesztek alapján meghatározott, a rehabilitálandó állapotra vonatkozó minősítés.

(4) REP (Rehabilitációs ellátási program):

a rehabilitációs ellátásokra vonatkozóan meghatározott, az Egészségügyi Szakmai Kollégium Fizikális Medicina, Rehabilitáció és Gyógyászati Segédeszköz Tagozat honlapján - www.rehab.hu – közzétett ellátási program leírás, amely az ellátás indikációját, a beteg státuszát, az ellátási programhoz tartozó eljárásokat és azok alkalmazási gyakoriságát, időtartamát, időbeni ütemezését tartalmazza.

(5) A rehabilitációs szervezeti egységen végzett ellátás ezen kódolási rendszerben a következő minősítéseket kaphatja:

- a. REP alapú ellátás: a 4. pont szerinti programoknak megfelelően végzett ellátások
- b. Nem REP alapú ellátás: olyan rehabilitációs ellátás, amely eltér a REP-ekben meghatározott ellátástól, ideértve az egyéb ellátási céllal felvett beteg ellátását.
- c. Átmenetileg nem rehabilitálható beteg ellátása: olyan ellátás, amelyben a felvételt követően, az ellátás során megállapítják, hogy a beteg átmenetileg nem rehabilitálható, ezért a rehabilitációs ellátást felfüggesztik.

3. Általános szabályok, a rehabilitációs ellátás során kezelt megbetegedés diagnózisainak meghatározása

(1) A beteg állapotának pontos definiálását a rehabilitációs ellátás okainak kiválasztásával, minősítésével, a különböző diagnózis típusok megfelelő használatával kell biztosítani. A minősítéseket az osztályos ellátás jellemzői alapján kell megtenni.

(2) A rehabilitációs osztályos ellátást jellemző BNO kódokat az osztályos ellátás végén, az osztályos elbocsátáskor, a diagnosztikus vizsgálatok elvégzését a rehabilitációs ellátás lezárását követően, az összes lényeges ismeret birtokában és az akkor rendelkezésre álló ismeret szintjének megfelelően kell meghatározni, kivéve az „F” típusú „FNO” kódokat és az „X” típusú „Rehabilitációs állapot kód a funkcionális tesztek vizsgálati eredményének megfelelően” megnevezésű kódokat.

(3) Az „F” típusú FNO funkcionális állapot kódokat és az „X” típusú Rehabilitációs állapot „A” kódokat a beteg felvételi stáuszának megfelelően, valamint a „T” típusú FNO funkcionális állapot kódokat és az „X” típusú Rehabilitációs állapot „B” kódokat az elbocsátási stáuszának megfelelően kell rögzíteni. („A” és „B” kód az Oldaliság mezőben kerül feltüntetésre.)

(4) Az ellátás jellemzőinek meghatározásához kiválasztott diagnózisoknak és diagnózis típusminősítéseknek azonosnak kell lennie a beteg kórányagában, és a zárójelentésében feltüntetett diagnózisokkal és minősítésekkel. A betegségek kódok és minősítések nem lehetnek ellentmondásban az egyéb, az ellátásról vezetett szakmai dokumentációkban leírtakkal sem.

(5) Egy betegség nem adható meg általánosabb BNO kóddal, mint amit az adott osztályos ellátás, vagy a megelőző egészségügyi ellátások során végzett és dokumentált diagnosztikus eljárásokkal már meghatároztak.

(6) Beutaló iránydiagnózisként kell minősíteni azt a diagnózist, amely a beteg beutalóján a kórházi rehabilitációs ellátás igényének fő okaként feltüntetésre került. A beutaló iránydiagnózist „0” típusjellel minősítve kell jelölni, melyet akkor kell kötelezően kódolni, ha a kórházon belül az első osztályos ellátás rehabilitációs ellátás volt. A jelöléssel egy diagnózis minősíthető.

(7) A rehabilitációs ellátási programba vont beteg osztályos ellátási esetéhez rehabilitációs ellátást indokoló fődiagnózisként azt az állapotát kell kiválasztani, amely a legfőbb oka a rehabilitációnak. Amennyiben több oka is volt a rehabilitációs ellátásnak azt a fő okot kell kiválasztani, amelynek az ellátási igénye és így a finanszírozási szükséglete egy ellátási napra nézve az adott állapothoz tartozó és a beteg részére ténylegesen teljesített Rehabilitációs Ellátási Program szerint a legmagasabb.

A meghatározása minden esetben kötelező, a „3” diagnózis típus jellel minősítve kell kódolni.

(8) A rehabilitációs ellátást indokoló fődiagnózis alapjául szolgáló betegség (alapbetegség) minősítéssel a rehabilitációs ellátási esetnek azon diagnózisát kell megjelölni, amely a rehabilitációt indokoló fődiagnózis kialakulásának alapjául szolgált, a kialakulásához közvetlenül hozzájárult, és amely a rehabilitációt megelőzően, az azzal összefüggő akut ellátás fő indoka volt. A meghatározása kötelező, „1” jellel kell kódolni. Ezzel a minősítéssel kizárólag egy diagnózis jelölhető. A rehabilitációs ellátást indokoló fődiagnózis és az ennek alapjául szolgáló betegség azonos is lehet. A rehabilitációs ellátási programok teljesítése szempontjából azonban csak azon alapdiagnózis tekinthető elfogadottnak, amely az rehabilitációs igény szerinti REP-nek a REP Kézikönyvben feltüntetett alapbetegségekre vonatkozó indikációs listájának megfelel.

(9) Szövődményként kell feltüntetni azt a megbetegedést, amely a rehabilitációs ellátást indokoló fődiagnózis, vagy a rehabilitációs gyógykezelés következményeként jelentkezett. A szövődményeket az eredetük alapján az alábbi kategóriák szerint kell minősíteni:

a) a rehabilitációs ellátást indokoló fődiagnózis következményeként kialakult szövődmény, jele „4”;

b) a kórházi ellátás során, a kezelés következtében kialakult nosocomiális eredetű fertőzés, jele „C”;

c) az adott rehabilitációs ellátás során, a kezelés következtében kialakult egyéb, nem nosocomiális eredetű fertőzés, jele „D”.

(10) Rehabilitációt szükségessé tevő kísérő megbetegedésként azon állapotot kell jelölni, amely a rehabilitációs ellátást indokoló fődiagnózissal egy időben a beteg állapotát még jellemezte, és amely rehabilitációs kezelést is szükségessé tevő kísérő betegségnek minősül. A rehabilitációt is indokoló kísérő megbetegedés jele „P”. Egy rehabilitációs osztályos ellátás során több diagnózis is minősíthető ezzel a típusjellel.

(11) Rehabilitációs ellátást nem indokoló, egyéb kísérő betegségnek minősül a fődiagnózistól és az alapdiagnózistól eltérő diagnózisú olyan megbetegedés, amelynek kezelése megtörtént a rehabilitációs osztályos ellátás során az akut vagy a krónikus ellátás szabályai szerint az 5. pont (3) bekezdésének megfelelően. A rehabilitációs ellátást nem indokoló kísérő megbetegedés jele „5”. Egy rehabilitációs osztályos ellátás során több diagnózis is minősíthető ezzel a típusjellel.

(12) Áthelyezést indokoló diagnózisként azt a fő okot kell megjelölni, amely miatt elsődlegesen szükségessé vált a beteg más osztályra, vagy más kórházba történő áthelyezése. Áthelyezés esetén a meghatározása kötelező, típusjele „2”.

(13) Az ellátás igénybevételi okának meghatározásához a „V” típusú „Z” karakterrel kezdődő kódokat abban az esetben lehet rögzíteni, ha az egészségi állapotra ható és az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét befolyásoló tényezők kerülnek definiálásra. A kód feltüntetése a REP definíciók szerint kötelező.

(14) Az „E” jelű, „A sérülések és mérgezések külső okai”-nak kiegészítő osztályozására kialakított BNO-kódokat (a BNO–10 V, W, X, Y betűvel kezdődő tételei) kötelezően kell használni mindazon esetekben, amikor a diagnózisok között megjelennek a sérülések, mérgezések, egyéb külső okok következményei. Ezt a jelzést akkor is alkalmazni kell, ha a T80–T88 kóddal, (Orvosi ellátás máshova nem osztályozott szövődményei”) miatt történt az ellátás.

(15) A morfológiai kódokat „M” jelzéssel minősítve kell rögzíteni. A morfológiai kódok alkalmazása kötelező minden olyan esetben, amikor a rehabilitációs ellátást indokoló fődiagnózis, vagy az ellátást indokoló fődiagnózis alapjául szolgáló betegség, vagy a kísérőbetegség vagy a szövődmény daganatos betegség, és a daganatos betegség igazolása a szakma szabályai szerint legalább kórszövettani vizsgálattal megtörtént.

(16) A beteg rehabilitációs szervezeti egységbe történő felvételekor REP alapú ellátás esetén minimálisan az adott rehabilitációs ellátáshoz tartozó REP-ben meghatározott FNO kódok közül 5 „b” és 5 „d” FNO meghatározását kell elvégezni és rögzíteni. A felvételt követő 5 napon belül kell minősíteni és

dokumentálni. A beteg elbocsátásakor minimálisan a felvételtkor már minősített FNO kódokat kötelező ismételtén meghatározni. Nem REP alapú ellátás minősítés esetén elégséges 1 „b” és 1 „d” FNO kód meghatározása felvételtkor és távozáskor.

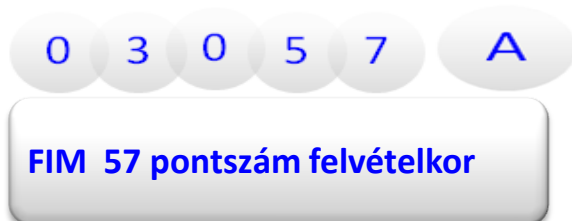
(17) Az „X Rehabilitációs állapot kód a funkcionális tesztek vizsgálati eredményének megfelelően” állapot kód speciális magyar alkalmazású kódjegyzékként került kialakításra, amely a rehabilitálandó beteg rehabilitációs állapotát vizsgáló funkcionális tesztek eredményét határozza meg. Az ellátási esetre több állapot kód is megadható ezzel a típusjelzéssel. Kötelezően meg kell adni legalább a FIM, vagy a motoros FIM vagy a Barthel index eredményét tartalmazó állapot kódokat, valamint ezen felül az adott REP-ben kötelezően elvégzendő funkcionális tesztek közül legalább egy teszt alapján megállapított állapot kódokat. A kötelezően elvégzendő minősítési eredményeket mind felvételtkor – a felvételt követően 3 napon belül – mind elbocsátáskor meg kell adni. A felvételtkori állapot minősítés esetén a „BNO kód” mezők mellett szereplő kiegészítő kódba (aktív ellátásban az oldaliság jelölésére szolgáló mezőbe) „A” jelzést, az elbocsátáskori állapot minősítés esetén „B” jelzést kell tenni. (Kiemelendő, hogy az állapot meghatározását biztosító funkcionális tesztek önállóan, az elvégzett tesztek mennyiségének és időpontjának megfelelően kódolni kell a később részletezettek szerint.)

Nem REP alapú ellátás esetén, valamint az átmenetileg nem rehabilitálható beteg ellátása esetén elégséges a FIM, vagy a motoros FIM, vagy a Barthel index értékének a meghatározása.

A kódok listáját a 2. sz. melléklet tartalmazza. A kód alkalmazása speciális az alábbiak szerint:

- A kód első 2 karaktere azonosítja az állapot meghatározáshoz alkalmazott funkcionális tesztet.
- A kód utolsó 3 karakterén a teszt által megállapított értéket kell megadni.

A lehetséges értéktartományt a kódlista tartalmazza.



(19) A más típusjelzéssel már BNO kóddal definiált állapotokra, az állapot pontosításaként, kiegészítő minősítés határozható meg „K” jelzéssel, az alábbiak szerint:

a) a rehabilitációs ellátást indokoló fődiagnózisra valamennyi kiegészítő minősítés alkalmazható, a szövődmények pontosítására kizárólag a d) pontban meghatározott kiegészítő minősítések adhatók meg;

- b) amennyiben fődiagnóziként „+” jelű BNO került rögzítésre, minden esetben kötelező annak valamelyik „*” jelű párját is rögzíteni;
- c) minden esetben alkalmazni kell az ún. következmény kódot, ha az abban meghatározott körülmények vezettek egy adott állapot vagy betegség kialakulásához;
- d) amikor a szövődmény vagy a fődiagnózis orvosi kezelés következtében jött létre, a BNO–10. XIX. „Sérülések, mérgezések és külső okok bizonyos egyéb következményei” főcsoportjából alkalmazni kell az erre utaló kódokat;
- e) az osztályos ellátás befejezését követően érkezett diagnosztikus lelet alapján „K” jelzéssel az előzetesen már meghatározott rehabilitációs ellátást indokoló fődiagnózis utólagosan pontosítható.

4. A haláloki diagnózisok meghatározása

(1) A halálokok jelölésének meg kell felelnie a WHO előírásainak, a halott-vizsgálati bizonyítványnak, illetve boncolás esetén a boncolási jegyzőkönyv kitöltésére vonatkozó szabályoknak. A klinikusi diagnózisok megadása minden esetben kötelező, a többi diagnózis csak boncolás esetén.

(2) Halálozás esetén a diagnózis típusokat a BNO–10 előírásai alapján az alábbiak szerint kell meghatározni:

- a) a megelőző ok, vagyis azon betegség vagy állapot megállapítása a patológus által „A” típusjellel, amely közvetlenül előidézte a halált okozó betegséget vagy állapotot;
- b) a halált közvetlenül előidéző betegség vagy állapot megjelölése a klinikus által „6” típus jellel és a patológus által „8” típusjellel, amely az események sorozatában az alapbetegségből kiindulva a halált közvetlenül előidézte;
- c) a halál alapjául szolgáló betegség vagy állapot megjelölése a patológus által „7” típusjellel és a klinikus által „B” típusjellel, amely a halálhoz vezető események sorozatát elindította;
- d) kísérő betegségek vagy állapotok megállapítása a patológus által „9” típusjellel, amely még kedvezőtlenebbül befolyásolta a kóros folyamat lezajlását és így hozzájárult a halálhoz.

5. A különböző diagnózis típusok alkalmazásának egyéb szabályai

(1) Rehabilitációs ellátást indokoló fődiagnózis, rehabilitációs ellátást indokoló fődiagnózis miatti szövődmény, rehabilitációt nem indokoló kísérő betegség, rehabilitációt indokoló kísérő betegség, nosocomialis eredetű szövődmény a kezelés következtében, egyéb szövődmény a kezelés következtében diagnóziként csak olyan BNO kód tüntethető fel, amely a beteg állapotát a rehabilitációs osztályos ellátás során is jellemezte, és amelyre a beteg kezelést kapott.

(2) Egy megbetegedés az (1) bekezdésben meghatározott diagnózis típusok körén belül kétszer nem rögzíthető sem eltérő, sem azonos típusú minősítéssel, sem azonos, sem más, de tartalmában azonos, vagy ugyanazon állapot különböző szintű definiálását jelentő BNO kóddal, sem annak tüneteivel.

A rehabilitációs osztályos eset „3” típusjelzéssel minősített ellátást indokoló fődiagnózisa – amennyiben az elvégzett ellátás rehabilitációs ellátási programba nem sorolható ellátás –, csak olyan betegség lehet, amelynek kezelésére az osztályos ellátás során legalább egy releváns vizsgálatot – amely lehet az adott ellátást megelőzően már elvégzett, dokumentált vizsgálat kontrollja is – és egy releváns terápiát elvégeztek.

(3) Kezelt betegségek minősítése és kódolása:

a) Csak olyan betegség minősíthető szövődménynek, vagy a rehabilitációs ellátást nem igénylő, egyéb kísérő betegségnek, amelyet az ellátás során meghatározott módon, a minősítésének megfelelően elláttak. Ezen megbetegedések akkor tekinthetők kezelt betegségnek, ha az ellátás során az adott betegségre legalább egy releváns vizsgálatot elvégeztek, vagy rendelkeztek a diagnózisra vonatkozó, más orvosi szolgálat által igazolt érvényes dokumentummal, és egy releváns terápiát alkalmaztak, kivéve azokat a krónikusan fennálló, fogyatékoságot okozó állapotokat, amelyek fennállásának igazolása nem igényel az ellátás során külön kezelést, azonban a rehabilitáció menetét befolyásolják.

b) Rehabilitációs ellátást igénylő kísérő betegségnek csak olyan betegség minősíthető, amely szerepel legalább egy – a fődiagnózis szerinti REP-től - különböző rehabilitációs ellátási program ellátást indokoló fődiagnózisainak listáján, és amelyre a rehabilitációs osztályos ellátás során legalább a vonatkozó rehabilitációs programból két releváns, kizárólag hozzátartozó eljárást is biztosítottak a heti rehabilitációs teljesített időn belül 10 %-nál nem rövidebb időtartamban.

(4) Nosocomiális eredetű szövődmény a kezelés következtében (C), vagy egyéb szövődmény a kezelés következtében (D) típusú diagnózisok lehetnek nem kezelt betegségek is. Ezeket a diagnózis típusokat kötelező rögzíteni, ha az adott ellátás következtében alakultak ki. Ez a szabály vonatkozik arra az esetre is, ha az adott ellátás során már nem került sor a létrejött szövődmény kezelésére, azt majd egy másik egészségügyi szolgáltató végzi el.

(5) Nem adható meg a rehabilitációs osztályos eset leírásában olyan diagnózis, amelyre vonatkozóan pontos, a szakmai szabályok szerint elegendőnek minősülő információ az osztályos elbocsátás végén nem áll rendelkezésre, kivéve a kiegészítő kódokra vonatkozó eljárásokat, továbbá halálozás esetén a kórbonctani diagnózisokat. Az állapot leírását az ismeret szintjének megfelelően kell megtenni.

6. A rehabilitációt indokoló fődiagnózis kapcsolata az alapbetegséggel és a fődiagnózis miatti szövődménnyel

(1) A megbetegedés stádiumait a rehabilitációs ellátáshoz kapcsolódóan az ellátási cél szempontjából minősítve kell meghatározni:

a) a megbetegedési folyamat és az ellátási folyamat kapcsolatát az „alapbetegség-fődiagnózis” kapcsolattal kell leírni oly módon, hogy az eredeti megbetegedést alapbetegségként kell rögzíteni, és az alapbetegség miatt létrejött rehabilitációs ellátást igénylő állapotot kell fődiagnózisként rögzíteni;

b) a megbetegedés stádiuma a rehabilitációs ellátás során bekövetkező, más szervrendszerre való kiterjedéssel is változhat, amely folyamat a „fődiagnózis-szövődmény a fődiagnózis miatt” kapcsolattal definiálható.

(2) A rehabilitációs ellátás során kezelt betegségnek minősülő krónikus vagy akut megbetegedések – ha nem áll fenn kapcsolat a rehabilitációt indokoló fődiagnózissal, valamint nem tesz szükségessé rehabilitációs ellátást – kísérő betegségként írhatók le.

(3) Amennyiben a rehabilitációs ellátás ideje alatt a megbetegedés súlyosbodik, és a rehabilitációs ellátás alapjául szolgáló fő diagnózis szerinti betegség kiterjed más szervrendszerre, a kiterjedésre vonatkozó diagnózist szövődményként kell minősíteni.

(4) A diagnózis típusok kiválasztási szabályait minden szakma esetén alkalmazni kell, a betegségek rögzítését az összes szabály együttes alkalmazásával kell elvégezni.

7. A rehabilitációs ellátás beavatkozásainak és kódjainak meghatározása

(1) Minden olyan kórházi bázisadatnak minősülő eljárást rögzíteni kell az adatlapon, amelyet az adott rehabilitációs ellátás során elvégeztek, beleértve az ebben az időtartamban más szervezeti egységben, vagy más egészségügyi szolgáltatónál végzett ellátásokat is. A rehabilitációs célúnak minősülő beavatkozások listáját a 4. melléklet tartalmazza, amely minősíti az egyes beavatkozásokat a rehabilitáció szempontjából. A beavatkozásokat az eddigi szabályok szerint az ellátás napjának megfelelő ellátási dátummal kell rögzíteni, nem összevontan kell megadni.

(2) Az eljárás típusok minősítésével ki kell fejezni az adott beavatkozásnak a rehabilitációs ellátás diagnózisaival fennálló kapcsolatát.

(3) A rehabilitációs célú beavatkozások közül a 4. sz. mellékletben REP program ellátási terve minősítéssel szereplő tételeket „I” típus minősítéssel kell jelölni, a többi OENO „G”. Rehabilitációs célú eljárás a rehabilitációt indokoló fődiagnózis miatt vagy „H”. Rehabilitációs célú eljárás a rehabilitációt is igénylő kísérő betegség miatt minősítést kaphat.

(4) A rehabilitációs funkció tesztek OENO kódjai külön jelölést kaptak egy önálló oszlopban. Ezeket a kódokat minden esetben dokumentálni kell az eljárás elvégzésének megfelelően, függetlenül attól, hogy az eljárás eredményeként meghatározott funkcionális állapot „X” típusú BNO mező tartományban szereplő állapot kóddal rögzítésre kerül a felvételkor, elbocsátáskor. Az OENO kódok a (3) szabálynak megfelelően „G” vagy „H” minősítéssel szerepelhetnek. Ezeknél az OENO kódoknál a mennyiség rovatba az esetszámot és nem az időtartamot kell beírni.

(5) A 4. mellékletben felsorolt OENO kódok mellett szerepel, hogy milyen mértékegységben kell megadni az elvégzett beavatkozásokat. A beavatkozások döntő részében mennyiségként az eljárás elvégzésének időtartamát kell meghatározni percben. Amennyiben az ellátás időpontja adott kezelési időponttól kezdődően meghaladta a 99 percet, a kód ismétlésével, az új kezdő dátum jelölésével, valamint a 99 perc elteltét követően még ellátott időtartam rögzítésével kell a dokumentálást elvégezni. Ennél hosszabb kezelési idő esetén az ellátás dokumentálását az előzőekkel azonos módon kell folytatni.

(6) Az „I” Rehabilitációs terv készítése REP szerinti ellátásra minősítésű eljárás típus kóddal kell feltüntetni azt az eljárást, amelynek megfelelő REP tervet határoztak meg a rehabilitációs programba vont beteg részére a felvételt követő 5 napon belül és azt az ellátott beteg kóranyagában dokumentálták. Az „I” Rehabilitációs terv készítése REP szerinti ellátásra típusminősítés kizárólag a 4. sz. mellékletben ezzel a minősítéssel feltüntetett eljárások esetén alkalmazható. Az adott osztályos rehabilitációs ellátás esetén egy eljárás kaphatja ezt a minősítést, kivéve, ha az ellátás során a kiegészítő REP-ként ellátható tevékenységet is elvégezték. Ebben az esetben kettő REP kód is megadható, valamint kizárólag a (8) bekezdés szerinti esetben még egy további REP kód adható meg. Egyes kiegészítő REP tevékenységek önállóan nem szerepelhetnek. A mennyiség rovatba esetszámot és nem időtartamot kell megadni.

(7) A nem REP alapú rehabilitációs ellátások esetén jelölni kell, hogy az ellátási terv nem a REP alapján készül. A kódja a 4. sz. mellékletben szereplő értéknek megfelelően:

R2000	Nem REP alapján végzett ellátás terve
-------	---------------------------------------

(8) A rehabilitációra felvett beteg állapota változhat, és megállapítást nyerhet a felvételt követő 5 nap után, hogy nem rehabilitálható átmenetileg, az adott ellátás során. Ebben az esetben ezt az ellátási tervet kell kódolni az alábbi következő kóddal:

R3000	Ideiglenesen nem rehabilitálható beteg ellátási terve
-------	---

(9) Az „I” típus esetén az első 4 jegy a REP azonosítását adja, az utolsó pozíció pedig a REP teljesítésének típusát fejezi ki a kódlistában jelöltek szerint:

Rxxx0 alap

1 bővített

2 elsőbbségi

3 programozható

4 elsőbbségi és alap

5 programozható és alap

6 elsőbbségi és bővített

7 programozható és bővített

(10) A „G”, a „H”, az „I” jelzésű beavatkozások esetén nem kell kitölteni a beavatkozás rovat „S”. Sebgyógyulás, „F”. Nosocomiális fertőzés, „M”. Beavatkozás minősítése az ellátásban elfoglalt helye szerint megnevezésű rovatokat.

8. A rehabilitációs ellátási program szerinti ellátás keretében végezhető rehabilitációs tevékenységek adatszolgáltatás jelentése

A rehabilitációs szervezeti egységeken az ellátás adatainak meghatározásánál alkalmazni kell a Kr. 14. számú mellékletének „Kitöltési útmutató”, valamint a „Fekvőbeteg jelentés technikai útmutató” előírásait is.

A Rehabilitációs Ellátási Program szerinti esetfinanszírozás előkészítését szolgáló adatgyűjtés időtartama alatt a **teljesítmények elszámolása**, a finanszírozási technika és finanszírozási díj meghatározása **változatlanul** a hatályos jogszabályok szerint történik.

Tehát a jelentés **havi részszámlák** valamint ún. lezáró rekord küldésével történik. A **lezáró rekordban** egyszerre kell jelenteni a rehabilitáció teljes időtartama alatt kódolt összes BNO-t, OENO-t és FNO-t. Azonban az adatlapon (és a rekordokban) a diagnózisok és beavatkozások száma korlátozott. Mivel a rögzített számú diagnózison és beavatkozáson felül továbbiak kódolására is merült fel igény, a megszokott osztályos rekordhoz további, folytató rekordot (rekordokat) kell fűzni, amelyben a többlet diagnózisok és beavatkozások adatait lehet jelölni. Így egy osztályos esetet egy alaprekord és nulla vagy több folytató rekord ír le teljesen.

Azaz az osztályos záró rekord tartalmazza az összes beavatkozást, ami az osztályos eset során történt, és valamennyi diagnózist, amelyet megállapítottak akkor is, ha ezek közül már néhány tétel a részszámlán már szerepelt. A folytató rekordokkal ellentétben az egyes részszámlákon jelentett diagnózisokat és beavatkozásokat nem egyesítjük, hanem **csak a záró rekordban** szereplő adatokat vesszük figyelembe a besoroláshoz. Az osztályos záró rekord ápolási időszaka a teljes osztályos ápolás utolsó részlete, azaz felvételi dátuma a megelőző részszámla távozási dátumával

egyezik meg (nem pedig a kórházi / osztályos felvétel napja), távozási dátuma az osztályról való távozás dátuma. Így előfordulhat, hogy a záró rekordban szereplő beavatkozás dátuma kívül esik a záró rekord által lefedett időszakon. Ez azonban nem okoz hibát, ha a beavatkozás dátuma beleesik valamelyik részszámla időszakába.