

ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR

Ártámogatási Főosztály

1139 Budapest, XIII. Váci út 73/A

Telefon: 298-24-58, Telefax: 298-24-57, E-mail: atfo@oep.hu

Kérdések és válaszok a gyógyászatisegédeszköz-támogatási rendszert érintő, 2009. augusztus 16-án hatályba lépő változásokkal kapcsolatban *- Második, aktualizált változat -*

A dokumentum felépítése

BEVEZETÉS	1
I. A VÁLTOZÁSOK SZÜKSÉGESSÉGE	1
II. A VÁLTOZÁSOK IDŐPONTJA, A VÉNYEK ÉRVÉNYESSÉGE, AZ ESZKÖZÖK KIADHATÓSÁGA.....	4
III. ESZKÖZRENDELÉSRE VONATKOZÓ JOGOSULTSÁG	5
IV. EGYÉB VÁLTOZÁSOK	9

Bevezetés

2009. augusztus 16-tól jelentős változásokra kerül sor a gyógyászati segédeszközök (GYSE) ártámogatási rendszerében, amelyek egy kétlépcsős intézkedéscsomag első lépcsőjét jelentik. A változásokról tájékoztatást kaphatnak az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) honlapjáról letölthető összefoglalóból (<http://www.oep.hu/gyse>), illetve a támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközök teljes, tételes listája alapján, amely ugyanerről a helyről tölthető le.

Az alábbiakban azokat a főbb kérdéseket igyekszünk megválaszolni, amelyek ügyfeleink (betegszervezetek, orvosok, érdekképviselői szervezetek, vállalkozások) részéről ismétlődő jelleggel felmerülnek.

I. A változások szükségessége

Miért van szükség a változtatásokra?

A jelenlegi GYSE-ellátási rendszer – kisebb módosítások ellenére – lényegi elemeit tekintve több mint tíz éve változatlanul működik. A rendszer néhány eszközcsoporthoz számos más betegségszámra indokolatlanul kiemelten kezel, aminek hátterében sokszor hagyományok, régi berögződések, valamint

üzleti érdekek állnak. Az eddigi rendszer összességében méltánytalan, nem a betegek szükségleteit szolgálja, megváltoztatása ezért nemcsak a támogatásokat folyósító egészségbiztosító, hanem a 2 millió GYSE-használó beteg elemi érdeke is. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és az Egészségügyi Minisztérium olyan *kétlépcsős változtatási koncepciót* dolgozott ki, amely a források hatékony felhasználásának biztosítása mellett a betegellátás minőségének érezhető javulását is lehetővé teszi, és több mint egy évtized elmaradását pótolja. A koncepció első lépcsője kerül bevezetésre 2009. augusztus 16-ával, míg a második lépcsőre 2010. január 1-jével kerül sor.

Melyek a gyógyászati segédeszközök magyarországi piacának legfontosabb problémái?

A legnagyobb problémát az okozza, hogy a rendelkezésre álló forrásokat nem ésszerűen használjuk fel: ami pénzünk van, szembeszökően pazarló módon költjük el, miközben a GYSE-ellátási rendszer egyre inkább elszakad a minőségi betegellátás követelményeitől. A jelenlegi gazdasági helyzet (ide értve a társadalombiztosítási alapok súlyos hiányát) ráadásul szigorú korlátok közé szorítja, hogy a járulékfizetők befizetéseiből mennyi pénzt fordíthatunk gyógyászati segédeszközökre. A rendszerben – amelynek átalakítása most veszi kezdetét – krónikus szerkezeti és folyamati problémák húzódnak meg: termékcsoportok úgy maradtak mind ez ideig támogatásban, hogy minőségi megfelelőségüket semmi nem garantálja, nem költséghatékonyak, vagy a társadalomra rótt pénzügyi teherhez képest marginális egészségnyereséget biztosítanak, miközben forrásokat vonnak el a valóban rászorulóktól. Hosszú évek óta nem vizsgáltuk felül a forgalmazás és a támogatás feltételeit sem. A piaci önszabályozás gyenge, a jogszabályi keretrendszer pedig mára elvesztette konzisztenciáját, és nem a tisztességes piaci magatartásnak kedvez. Mindezen krónikus problémák hatására a GYSE-ellátás helyzete 2009 tavaszára kritikussá vált, és a kidolgozott koncepció mentén haladéktalan beavatkozásra volt szükség az ellátás biztonsága, fenntarthatósága érdekében.

Mi az augusztusi változások lényege, célja?

Az augusztus 16-ával hatálya lépő rendeletmódosítás kiemelt célja, hogy a betegellátás minőségét fokozza, és bizonyos kiemelt vagy különösen érzékeny betegcsoportok (gyermekek, súlyos testi fogyatékkal élők, aktív életvitelüket vagy munkaképességüket visszaszerezni kívánók) esetében ellátásjavító, életvitelüket könnyítő intézkedéseket hozzon. Ezzel párhuzamosan – hosszú évek lemaradását pótolva – felülvizsgáljuk a támogatási kategóriákat, illetve a szakmai érvek, a betegszervezetek, forgalmazók által tett észrevételek, valamint az eszközök használata során megszerzett gyakorlati tapasztalatok alapján pontosításra kerülnek egyes eszközök rendelkezési feltételei. Az ésszerű felhasználás érdekében több eszközcsoport esetében módosul a kihordási idő, illetve a kihordási időre felírható mennyiség. Összességében tehát a

rendelkezésre álló források GYSE-kasszában belüli átcsoportosítására kerül sor, a korábbinál ésszerűbb és szakmaibb ellátás biztosítása érdekében. Forráskivonás semmilyen módon nem történik, sőt a tervezett 42,5 milliárd forinthez képest 2-2,5 milliárd forinttal többet tudunk az idén gyógyászati segédeszközök támogatására fordítani.

A mostani változtatásokkal az átalakítás lezárul?

Nem, sőt az igazi átalakításra 2010. január 1-jével kerül sor. Ebben a második lépcsőben, 2010. január 1-jétől kerül sor azokra a nagyobb horderejű változásokra, amelyek az egész GYSE-ellátási rendszert helyezik új alapokra. Ekkor indul a nagy értékű, tartós használati eszközök kötelező kölcsönzési rendszere, ekkorra válhat lehetővé a beteg számára maximális rugalmasságot biztosító keretösszegű támogatás bevezetése a sztomaterápiás eszközöknél és az inkontinenciaeszközöknél, valamint az egyszerűsített eszközfelírás pl. a parókák, emlőprotézisek és szemüveglencsék esetében. 2010. január 1-jétől az OEP komplex szolgáltatáscsomagot vásárol nagy értékű eszközök esetében, amibe beletartozik ezen eszközök garanciális javítása és cseréje is, illetve a jelenleginél sokkal erőteljesebb feltételekhez kötjük a gyógyászati segédeszközök tb-támogatással történő forgalmazását, valamint egyedi méretvétel alapján történő gyártását. Ugyanekkoról kívánjuk bevezetni a gyógyszerek kapcsán már bevált közgyógykeretet a 6 hónapnál rövidebb kihordási idejű gyógyászati segédeszközökre. A változtatások jogi keretét egy újonnan megalkotandó rendelet fogja képezni.

Az újságokban és a tévében olyan hírek jelentek meg, miszerint a változtatások a betegeket sújtják. Mi ezzel kapcsolatban az igazság?

A megjelenő híradások sokszor pontatlanok, ami arról tanúskodik, hogy a gyógyászati segédeszköz-ellátás komplex területét kevesen látják át. A megnyilatkozások többsége nélkülözi a szakmaiságot, és a tények nem ismeretéről árulkodik. Különösen azok az írások és nyilatkozatok megdöbbentők, amelyek a betegek érdekeire hivatkozva torzítják el a tényszerű információkat, miközben valójában üzleti érdekeket képviselnek. Ezzel a betegek nincsenek – és nem is lehetnek – tisztában, ezért kérjük minden partnerünket arra, hogy működjön velünk együtt az objektív, tényekre alapozott tájékoztatásban. Az igazság az, hogy ha a mostani változtatásokra nem kerülne sor, úgy közvetlenül a gyógyászati segédeszköz-ellátás rendszere kerülne veszélybe. A mostani intézkedéscsomag egyértelműen a betegek érdekeit szolgálja, ez teremti meg ugyanis a lehetőséget arra, hogy 2010. január 1-jével egy méltányos és ésszerű rendszert indíthassunk újtárra.

II. A változások időpontja, a vények érvényessége, az eszközök kiadhatósága

Mikor lépnek hatályba a változások?

A jelenlegi intézkedéscsomag hatályba lépésének (a 14/2007. [III.14.] EüM rendelet 10. számú melléklete megváltozásának) időpontja 2009. augusztus 16., azaz ezen a napon már az új szabályok érvényesek. Az intézkedéscsomag második lépése 2010. január 1-jén lép hatályba.

Mi számít az új támogatási paraméterek esetében: az eszköz felírása vagy kiváltása?

A hatályos jogszabály értelmében egyértelműen a sorozatgyártású vagy adaptív eszköz *kiadása*, illetve egyedi méretvétel alapján egyedileg készített eszköz *megrendelése* számít. Akkor tehát, ha a kiadás (egyedileg készített eszközök esetében: megrendelés) augusztus 16-án vagy azt követően történik, az új támogatási paraméterek érvényesek, függetlenül attól, hogy a beteg vényét augusztus 16. előtt vagy után állították ki.

Érvényesek-e augusztus 16. után azok a vények, amelyeken az orvos az ezzel a nappal támogatásból kikerülő gyógyászati segédeszközt írt fel?

Nem. A támogatásból kikerülő eszközöket augusztus 16-ával kezdődően már nem lehet kiadni vagy megrendelni. Azok a vények, amelyeken az orvos ilyen eszközöket rendelt, a továbbiakban nem érvényesek. Kérjük a felíró orvosokat, hogy az eszközrendelés során ezt vegyék figyelembe, és erről a fontos tudnivalóról betegeiket is tájékoztassák.

Érvényesek-e augusztus 16. után azok a vények, amelyeken az orvos olyan jogcímen rendelt gyógyászati segédeszközt, amely jogcímen az eszköz rendelkezősége megszűnik?

Nem. Ha egy eszköz rendelkezősége valamely jogcímen (pl. inkontinenciaeszközök esetében „Eü.” jogcímen, vagy II. kompressziós fokozatú harisnyák esetében „Normatív” jogcímen) augusztus 16-ával megszűnik, úgy az erre a jogcímre kiállított vények augusztus 16-ával kezdődően nem érvényesek, új vény kiállítására van szükség. Az új vényen az orvosnak azt a jogcímet kell feltüntetnie, amelyen a beteg számára az adott eszköz a továbbiakban is rendelhető. Azok a gyógyászati segédeszközök, amelyek *kizárólag* a megszűnő jogcímen voltak társadalombiztosítási támogatásban, a továbbiakban nem adhatók ki támogatással.

Érvényesek-e augusztus 16. után azok a vények, amelyeken az orvos által az adott eszközből rendelt mennyiség meghaladja az augusztus 16. után rendelhető maximális mennyiséget?

Igen. Azoknál az eszközöknél, ahol a kihordási időre felírható mennyiség csökken (pl. kötszerek esetében 30 darabról 20 darabra), úgy a kiszolgáltatást végző szakember jogosult expediáláskor a kiszolgáltatott mennyiségtől lefelé való eltérésre, így a vény – ha az érvényesség további feltételei fennállnak – továbbra is érvényes, orvos általi javítására nincsen szükség. A betegnek tehát nem kell emiatt ismét felkeresnie orvosát. A felírt mennyiség *megnövelésére* expediáláskor természetesen nincs lehetőség, ezt kizárólag az orvos teheti meg új vényen, a kihordási időn belül maximálisan rendelhető mennyiség erejéig.

Mely feltételek mellett szolgálhatók ki azon sorozatgyártású gyógyászati segédeszközök, amelyekről a forgalmazó a vényt augusztus 16. előtt befogadta, de az eszközt kiadni csak augusztus 16-án vagy ezt követően tudja?

Tekintettel arra, hogy sorozatgyártású eszközök esetében az eszköz kiadásának (és nem megrendelésének) napja számít, az eszköz kizárólag az új támogatási feltételek mellett szolgáltatható ki.

Mely feltételek mellett szolgálható ki azon gyógyászati segédeszközök, amelyek esetében a REP általi szakmai ellenjegyzési folyamat augusztus 16. előtt megkezdődött, de csak augusztus 16-án vagy azt követően ér véget, pozitív elbírálással?

Tekintettel arra, hogy sorozatgyártású eszközök esetében az eszköz kiadásának napja számít, az eszköz ilyen esetben kizárólag az új támogatási feltételek mellett szolgáltatható ki.

Hány napig érvényesek a gyógyászati segédeszközök rendelésére használt vények?

A gyógyászati segédeszközök rendelésére használt vények egy hónapos érvényessége továbbra is változatlan, azaz a vények a kiállítás dátumától számított egy hónapon belül válthatók be. Fontos hangsúlyozni, hogy ezen érvényességi időtartam csak azon vények esetében érvényes, amelyek korábban nem veszítették érvényüket a támogatás, illetve a támogatási jogcím megszűnése miatt.

III. Eszközrendelésre vonatkozó jogosultság

Hogyan értendő, hogy egy eszközt kizárólag háziorvos írhat fel?

Ha egy eszközt kizárólag háziorvos írhat fel (akár szakorvosi javaslatra, akár anélkül), akkor háziorvos alatt *kivétel nélkül minden esetben* a beteg háziorvosát kell érteni, tehát azt a háziorvost, akinél a beteg TAJ-kártyája le van adva.

Több gyógyászati segédeszközt a jövőben kizárólag a beteg háziorvosa rendelhet szakorvosi javaslatra. Mi történik a korábban kiállított szakorvosi javaslatokkal?

A korábban kiadott szakorvosi javaslatok továbbra is érvényesek, kiállításuk napjától számítva annyi ideig, amennyit a módosított jogszabály a szakorvosi javaslat érvényességi időtartamaként az adott eszközcsoportra meghatároz. Ez azokra a szakorvosi javaslatokra is vonatkozik, amelyeket olyan szakorvos ad ki, aki augusztus 16-ával kikerül a felírási joggal bírók köréből. Ezekben az esetekben tehát a betegnek nem kell új szakorvosi javaslatot beszereznie. Így például inkontinenciaeszközök esetében a 2006. január 20-án kiállított javaslat 2008. január 20-ig volt érvényes, vagyis lejárt, tehát új szakorvosi javaslat kiállítása szükséges. A 2008. január 20-án kiállított javaslat 2010. január 20-ig érvényes, ezzel a nappal van szükség új szakorvosi javaslat kiállítására. A 2009. augusztus 16-tól felírt javaslat is a kiállítás napjától számított 2 évig lesz érvényes.

Van-e javasolt formátuma a szakorvosi javaslatnak?

Igen. A szakorvosi javaslat javasolt formátuma – kitöltési útmutatóval együtt – szabadon letölthető a <http://www.oep.hu/gyse> honlapról. A formanyomtatványon a visszajelzések alapján apróbb módosításokat hajtottunk végre: így lehetőség nyílt a kombinált felírás érdekében több funkcionális csoport feltüntetésére, valamint a felírandó mennyiségre vonatkozó javaslatlételre.

Márkanévét vagy eszköznevet kell megjelölnie a szakorvosi javaslatot kiállító orvosnak?

A szakorvosi javaslaton vagy a funkcionális csoport (ISO10-csoport) megnevezését vagy a tízjegyű ISO-kódot kell feltüntetni. Márkanévét (konkrét terméknevet, fantázianevet) a szakorvosi javaslaton szerepeltetni *tilos*. Ez alól csak az képezhet kivételt, ha a szakorvos valamely már a beteg által használt eszköz tartozékának felírására ad javaslatot a háziorvos számára, mivel ebben az esetben a márkanévét értelemszerűen szerepeltetni kell.

Gyógyászati segédeszközök esetében is fel kell-e tüntetnie a háziorvosnak a vénén a szakorvosi javaslatra vonatkozó adatokat?

Ma még nem. A gyógyszerrendeléstől eltérően ezen adatok feltüntetése a vénén gyógyászati segédeszközök esetében egyelőre nem kötelező. Kötelezővé ezen információk feltüntetése terveink szerint a változások második lépcsőjében, 2010. január 1-jével válik.

Ha egy gyógyászati segédeszközt kizárólag szakorvos írhat fel, úgy mitől függ a felírási jogosultság: a szakrendelés (betegellátó osztály) jellegétől, vagy az orvos szakképesítésétől?

Hacsak a jogszabály másként nem rendelkezik, csak és kizárólag az orvos szakképesítése (szakvizsgálója) számít, a munkahelytől vagy szakrendeléstől függetlenül. Ahol a felírási jog intézményhez vagy szakrendelés-típushoz kötött, ott azt a felírási jogosultságra vonatkozó szabály egyértelműen jelzi (pl. olyan megfogalmazással, hogy „diabetológiai szakrendelés szakorvosa”).

Ha egy háziorvos olyan szakvizsgálóval is rendelkezik, amely a szakorvosi javaslat kiállításához szükséges, állíthat-e ki önmaga számára szakorvosi javaslatot?

Noha a jogszabályok szó szerint szakképesítéshez (és nem adott szakrendelésen működő, vonatkozó szakképesítéssel rendelkező orvoshoz) kötik a felírási jogot, ez a gyakorlat a korábbi értelmező állásfoglalások szerint nem megengedett. Ennek oka, hogy a felíráshoz szakmai és etikai szempontok szerint a szakképesítés mellett az adott szakrendelésre vonatkozó kritériumok teljesítése is elvárható. Az egészségbiztosító ehhez illeszkedő ellenőrzési gyakorlatában azon elvet követi, miszerint a háziorvos saját praxisában lévő betegnek csak és kizárólag akkor írhat fel szakorvosként gyógyászati segédeszközt, ha a diagnózis felállításához, esetleges speciális vizsgálatokhoz szükséges vizsgálatokat kivétel nélkül el tudja végezni, mert rendelkezik az ahhoz szükséges technikai eszközökkel, felszereltséggel.

Felírhat-e a kórház (klinika) orvosa olyan gyógyászati segédeszközt betege számára a beteg kórházi tartózkodása alatt, illetve a beteg elbocsátásakor, amely segédeszköz amúgy kizárólag szakorvosi javaslatra háziorvos által rendelhető?

A 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet 12. § (1) bekezdése értelmében a beteg rehabilitációjához, végleges ellátásához már a kórházi tartózkodás alatt indokolt végleges gyógyászati segédeszközt a fekvőbeteg-ellátó intézmény (azaz kórház) orvosa *rendeli*, az elbocsátott beteg részére szükséges gyógyászati segédeszközt pedig *rendelheti*. (A rendelt gyógyászati segédeszközt a beteg kórlapján, valamint zárójelentésén fel kell tüntetni.) Ez a szabály értelmezésünk szerint a fekvőbeteg-ellátásból elbocsátott betegek számára – egy alkalommal, kizárólag elbocsátáskor – lehetővé teszi az amúgy kizárólag háziorvos által felírható eszköz közvetlen szakorvosi felírását. A továbbiakban azonban a beteg számára kizárólag a háziorvos rendelheti az eszközt. Ez azt is jelenti, hogy a beteget elbocsátáskor a megfelelő szakorvosi javaslattal el kell látni. Szintén hangsúlyozni kell, hogy a fenti rendelkezés kizárólag a fekvőbeteg-ellátásban kezelt betegekre vonatkozik; a járóbeteg-szakellátásban – amelybe a kórházak járóbeteg-szakrendelése is beletartoznak – az érintett eszközöket kizárólag a beteg háziorvosa rendelheti a

szakorvos javaslatára, azaz a kórházak járóbeteg-szakrendelése in a szakorvos általi közvetlen eszközfelírás nem lehetséges.

Mi a célja annak, hogy a mozgássérültek egyes eszközeit (mopedek, elektromos kerekesszékek, aktív kerekesszékek) kétfős rehabilitációs team írhatja fel a beteg számára?

A kétfős team két olyan rehabilitációs szakorvosból áll, akiknek a rendelet külön-külön felírási jogosultságot biztosít. A rehabilitációs team működésének célja, hogy a beteg két szakorvos konszenzusos véleménye alapján juthasson a számára legmegfelelőbb rehabilitációt vagy végleges ellátást biztosító eszközhöz. A végső cél mindezzel a rehabilitáció színvonalának erősítésére irányuló európai gyakorlat (team-rendszerű eszközfelírás, második szakvélemény) átvételének ösztönzése.

Hogyan működhet a kétfős rehabilitációs team?

A jogszabály erre vonatkozóan egyelőre szándékosan nem tartalmaz tételes előírást, mert előzetesen nem volna célszerű vagy életszerű a rehabilitációs team működésének bürokratikus szabályozása. A cél egy jól működő gyakorlat kialakítása. Az OEP emiatt minden olyan működési modellt támogatni tud, ami a két résztvevő szakorvos véleményének szakmai ütköztetését biztosítja. Legcélszerűbbnek az érintett intézményekben rendszeresen ülésező bizottságok létrehozását, kibővített szakrendelések bevezetését tartjuk. Azok a működési formák, amelyek nem biztosítják a két szakorvos véleményének ütköztetését (azaz a team-munkát) és/vagy a betegre járulékos terhet rónak, nem elfogadhatók. Így például kifejezetten tilos a betegről két intézmény felkeresését megkövetelni.

Konkrétan hogyan történik rehabilitációs team esetén az eszközök felírása?

Amennyiben a rehabilitációs team mindkét tagja indokoltnak látja az eszköz rendelését, úgy mind a betegdokumentációban, mind a vényen mindkét rehabilitációs szakorvos – a beteg kezelőorvosa, illetve a rehabilitációs team második tagja – bélyegzőjének lenyomatát (pecsétjét) és aláírását szerepeltetni kell. A kezelőorvos pecsétjével és aláírásával a GYSE-rendeléssel összefüggő mindennemű szakmai és jogszabályi feltétel teljesítését igazolja, míg a rehabilitációs team második tagja pecsétjével és aláírásával azt tanúsítja, hogy az eszköz rendelését szakmailag támogatja. Amennyiben az eszköz rendelésével a rehabilitációs team második tagja nem ért egyet, azt a betegdokumentációban fel kell tüntetni, és a beteg számára az eszköz nem írható fel.

Hogyan történik a rehabilitációs team által felírt gyógyászati segédeszközök elszámolása?

A vény elszámolása a kezelőorvos nevére történik, akinek a vényén az eszközt rendelik, és akinél a betegdokumentáció található.

Bizonyos gyógyászati segédeszközök támogatással való kiváltása az illetékes regionális egészségbiztosítási pénztár (REP) szakmai ellenjegyzéséhez kötött. Hogyan fog ez működni a gyakorlatban?

A szakmai ellenjegyzésre vonatkozóan az OEP országosan egységes eljárásrendet dolgozott ki a REP-ek számára, hogy a folyamat minden régióban azonos szabályok szerint működjön. Ez az eljárásrend a <http://www.oep.hu/gyse> honlapon is hozzáférhető. A szakmai ellenjegyzéshez szükséges dokumentációt kizárólag a beteg kezelőorvosa jogosult benyújtani a beteg lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint illetékes REP-hez (a forgalomba hozó erre nem jogosult!), amely az ellenjegyzést 30 napon belül köteles elvégezni. A folyamat a benyújtott dokumentáció alaki ellenőrzésével kezdődik. Ezt követően a REP szakértő főorvosa jár el, aki jogosult a benyújtott betegdokumentáció szakmai vizsgálatán túl a beteg életkörülményeinek helyszíni vizsgálatára, illetve a beteg megnyilatkoztatására. Az összegyűjtött információk birtokában a szakértő főorvos dönt az ellenjegyzés megadásáról vagy elutasításáról, amiről a REP mind a beteget, mind a kezelőorvost értesíti.

Miért van szükség a nagy értékű végtagprotézisek ellenjegyzése során az alkatrészlista, az előkalkuláció és a méretvételi lap benyújtására?

Az alkatrészlista bekérése azt szolgálja, hogy az egészségbiztosító szolgáltatásvásárlóként a jelenleginél pontosabb képet kaphasson arról, hogy a nagy értékű eszközökben pontosan milyen alkatrészek találhatók. Ez egy lényeges információgyűjtő lépés egy olyan minőségfejlesztési folyamatban, amely távlati céljaink szerint az alkatrészlista specifikációjáig, követelményjegyzékéig vezethet el. Az előkalkuláció célja ugyanígy az egyedi méretvétel alapján egyedileg készített eszközökre vonatkozó információk rendszerezett gyűjtése, a méretvételi lap bekérése pedig azért szükséges, mert ezzel a jelenleginél jobban biztosítható, hogy a méretvételt a szakirányú szakképzettséggel rendelkező szakemberek végezzék, akikről az egészségbiztosító igen rövid időn belül nyilvántartást fog felállítani.

IV. Egyéb változások

Jelent-e bármilyen változást a közgyógyellátottakra nézve a 100%-os támogatási kategória megszűnése?

Önmagában a 100%-os támogatási kategória megszűnése semmilyen módon nem függ össze a közgyógyellátásra való jogosultsággal. Az egyetlen változás az, hogy augusztus 16-ával a 100%-os kategória megszűnik, helyébe 98%-os és 90%-os kulcsok lépnek. Ezzel egyidejűleg megjelenik a beteg által fizetendő térítési díj, ami alól a beteg csak akkor mentesül, ha érvényes közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezik. Emiatt a gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatója köteles elvégezni a közgyógyellátásra való jogosultság ellenőrzését (aminek ezen eszközöknél eddig nem volt gyakorlati jelentősége), és ha az ellenőrzés alapján a

beteg nem jogosult közgyógyellátásra, úgy az eszközt számára csak általános jogcímen szolgáltathatja ki.

Az oxigénkoncentrátorokat mind ez idáig 100%-os támogatással kölcsönözhatték azok a betegek, akik ezeket az eszközöket igénylik. Mit jelent számukra a 98%-os kulcs bevezetése?

Kizárólag azt, hogy az eszköz kikölcsönzésekor meg kell fizetniük az orvos által rendelt kölcsönzési időre (legfeljebb 1 évre) vonatkozó 2%-os térítési díjat. A térítési díjat a kölcsönzést végző szolgáltató egy összegben szedi be a betegtől, aki – ha a kikölcsönzött eszközt korábban visszaszolgáltatja a szolgáltatónak – a fennmaradó időre jutó arányos térítési díjat visszakapja. A már kikölcsönzött eszközök után a térítési díj augusztus 16-ával kezdődően fizetendő. A kölcsönzést végző szolgáltató és az OEP közötti elszámolást a változások semmilyen módon nem érintik.

Mit jelent a hallókészülékek esetében bevezetésre kerülő, kötelező 15 napos kipróbálási időszak?

Az új intézkedés célja, hogy jogszabályi szinten is alátámassza a legtöbb forgalmazó által már jelenleg is követett, ésszerű és támogatandó gyakorlatot, miszerint a beteg a hallásjavító eszközt kipróbálhatja, mielőtt az végleges használatába kerül. Ezzel minimalizálható annak kockázata, hogy a beteg számára olyan eszközt szolgáltatnak ki, amely a szükségleteinek, igényeinek nem (vagy csak részben) felel meg, és a kihordási időn belül a beteg ezt a számára korlátozottan alkalmas eszközt kénytelen használni. Az új szabály szerint a beteg a 15 napos kipróbálási időszakot követően aláírásával nyilatkozik arról, hogy a rendelt eszköz megfelelő számára. A nyilatkozattétel a vény hátoldalán szereplő mezőben történik. Az eszköz kiadására a nyilatkozat megtétele után kerülhet sor, és a forgalmazó a nyilatkozattal ellátott vényt számolja el az egészségbiztosító felé.

Felírhatók-e a kötésrögzítők kötésrögzítőként?

Értelemszerűen igen. Noha a rendelet a habkötszerek, polimer kötszerek, hydrogélek, alginátok és impregnált gézlapok rendelkezésének feltételeinél tételesen a filmkötszereket, öntapadó pólyákat és ragtapaszokat jelöli meg, magától értetődően a „02 39 03 Vlies kötésrögzítő” és „02 39 06 Sontara kötésrögzítő” csoportokba sorolt eszközök is felírhatók kötésrögzítőként.

Valóban megszűnik-e kötszerek esetében a sebkezelő lap kötelező használata?

Igen. A sebkezelő lap használata 2009. augusztus 16-ával nem kötelező, mivel nem biztosított érdemi kontrollt az egészségbiztosító számára, miközben a kezelőorvosokra és az egészségügyi szakszemélyzetre jelentős adminisztrációs terhet rótt.

Miért lehet hidrokolloid kötszerekből nagyobb mennyiséget rendelni, mint polimer kötszerekből vagy habkötszerekből?

A hidrokolloidok tapadásuk folytán, önállóan, másodlagos kötszer és kötésrögzítő nélkül is alkalmazhatóak nedves sebkezelésre, ami költséghatékonyságukat növeli. Szövődménymentes esetben, helyesen alkalmazva, granulációs fázisban, a havi 30db hidrokolloid kötszer bőségesen elegendő mennyiség ahhoz, hogy az ulcusos seb vagy decubitus gyógyuljon *anélkül, hogy más kötszert kellene alkalmazni.* Kevesebb darabszám rendelhetősége esetén a betegnek ismételt és feleslegesen kellene orvoshoz fordulnia, újabb felírás miatt. A jogalkotó szándéka határozottan az volt, hogy legyen olyan kötszer elegendő mennyiségben támogatva, amelynek alkalmazása egyszerű, és könnyen elérhető a beteg számára. Ide kapcsolódóan: exudációs fázisban rendelhető kötszereknél az erős váladékozás és a seb állapota miatt a betegnek többször kell felkeresnie kezelőorvosát, mert a sebfázist és a gyógyulást szorosabban kell ellenőrizni, mint már a granulálódó sebet. A 20db habkötszer vagy polimer kötszer helyesen alkalmazva használható úgy is, hogy a kezelés elején – a nagyobb váladékmegkötés szükségessége miatt – naponta cserélik a kötszert, később viszont ez kétnaponta is elegendő. Amennyiben a seb granulálódó szakaszba lépett, és szövődménymentes, váltani lehet akár a hidrokolloidok alkalmazására.

Elfogadható-e az inzulinra mint gyógyszerre vonatkozó szakorvosi javaslat inzulinkezelésre vonatkozóként, vagy külön szakorvosi javaslat szükséges a tesztcsík háziorvos általi felírásához?

Igen, elfogadható az inzulinra vonatkozó szakorvosi javaslat.

Amennyiben egy eszközcsoporthoz nem szerepel a 14/2007. (III.14.) EüM rendelet 2009. augusztus 16-ával hatályos 10. számú mellékletében, úgy lehetséges-e a csoportba tartozó eszközök támogatással történő kiszolgáltatása?

Értelemszerűen nem. Azok az eszközcsoporthoz, amelyek 2009. augusztus 16-ával kikerültek a támogatásból, a továbbiakban nem adhatók ki támogatással. Ezen eszközcsoporthoz támogatásának megszüntetésének minden esetben jól definiált oka van, amiről tájékoztatást adtunk.

A 98%-os támogatás mellett egy vényen felírt eszközök után fizetendő térítési díj legfeljebb 5.000 forint lehet. Mi történik azon gyógyászati segédeszközökkel, amelyek fix támogatású csoportba tartoznak, de áruk meghaladja az ún. referenciaeszköz árát?

A 98%-os támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközök – jellemzően emelt és kiemelt indikációban felírt hallókészülékek – esetében az egészségbiztosító a 98%-os támogatást a referenciaeszköz (bizonyos kritériumoknak megfelelő, legalacsonyabb közfinanszírozás alapjául elfogadott árú termék) árához adja. Eszerint a referenciaeszköz, a vele azonos vagy a nála

alacsonyabb közfinanszírozás alapjául elfogadott árú termék esetében a támogatás 98%, de a térítési díj legfeljebb 5.000 forint. A referenciaeszköznél magasabb közfinanszírozás alapjául elfogadott árú termékek a továbbiakban is fix összegű támogatásban részesülnek.

A 98%-os támogatás mellett egy vényen felírt eszközök után fizetendő térítési díj legfeljebb 5.000 forint lehet. Ez azt is jelenti, hogy ha a forgalmazó a közfinanszírozás alapjául elfogadott ártól felfelé eltér, az egészségbiztosító a tényleges fogyasztói ár 5.000 forinttal csökkentett összegét nyújtja támogatásként?

Nem. Ha a forgalmazó a közfinanszírozás alapjául elfogadott ártól (közfin. ár) felfelé eltér, úgy az ún. többlet-térítési díjat a beteg köteles fizetni. A beteg döntése tehát, hogy elfogadja-e a közfin. árnál magasabb tényleges fogyasztói árat, vagy a terméket olyan forgalmazónál váltja ki, aki nem tart igényt többlet-térítési díjra.

Van-e lehetőség a továbbiakban is az inkontinenciabetétek és a nadrágpelenkák kombinált felírására?

Van ilyen lehetőség. A kombinált felírás továbbra is lehetséges a maximális 270 darab / 3 hó mennyiség erejéig. Ez abból is következik, hogy a 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet 10. számú mellékletében szereplő felírható mennyiségek az azonos rendeltetésű eszközökből kihordási időn belül felírható maximális mennyiséget jelentik.

A 25/2009. (VIII.3.) EüM rendelet 2. § (4) bekezdése szerint „az egy vényre kiállított, (...) 98%-os támogatási mértékű gyógyászati segédeszközök után a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár és a támogatás összegének különbözetéből a beteg által fizetendő összeg nem haladhatja meg az 5.000 forintot”. Hogyan kell elszámolni azokat a vényeket, amelyeken az orvos az eszközhöz tartozé(ko)kat is rendelt, így a beteg által fizetendő térítési díj meghaladná a bruttó 5.000 forintot?

Amennyiben a beteg által elvben fizetendő összeg meghaladja a maximált bruttó 5.000 Ft térítési díjat, a különbözet jelentésére megképeztük a „310196026” TTT-kódú „5.000 Ft maximált térítési díj miatti korrekciós tétel” megnevezésű technikai TTT-kódot. Ezen a kódon kell jelenteni tehát a bruttó 5.000 Ft feletti részt, amelynek kiszámítása a következő: bruttó közfinanszírozás alapjául elfogadott ár – bruttó támogatás összege – 5.000Ft. Ezen rekord a jelentésben a felírt vény azonosító adatait kell hogy tartalmazza, és csak pozitív értéket vehet fel. A különbözetet a TBTAM mezőben kell jelenteni, az összes többi „ár” mezőt a rekordképben megadott nulla értékkel kell feltölteni, az adott mezőre vonatkozó numerikus formátum betartásával. A „gyártási szám” mezőt e tételeknél nullákkal kell feltölteni. Jogcímtől függetlenül minden 98%-ban támogatott termék (OEP_ITM=098) esetében így kell eljárni, kivéve a közgyógyellátással

kapcsolatos jogcímeket (001, 011, E01), ezen jogcímekre ez a szabály nem vonatkozik, mert a közgyógyellátottak után fizetendő térítési díjat a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár erejéig a központi költségvetés állja.

A gyógyászatisegédeszköz-törzset is tartalmazó PUPHA törzsállomány jelen állapotában csak a normatív jogcímen történő felírásra vonatkozóan tartalmaz támogatási kulcs adatot (pl. OEP_ITM=098). Ebből következően a fenti szabályok annyiban kiegészítésre szorulnak, hogy az emelt és kiemelt támogatású hallásjavító készülékek is 98%-os támogatásban részesülnek ezen a két jogcímen. Ennek következtében ezen gyógyászati segédeszközökre is vonatkozik a bruttó 5.000 Ft feletti térítési díj technikai kódon történő jelentése.

Budapest, 2009. augusztus 14.