



A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

PÁLYÁZATI FELHÍVÁSA

**a tartósan betöltetlen
házi- és fogorvosi körzeteket betöltő orvosok
letelepedésének támogatására**

2018. január 31.

**A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő pályázati felhívása
a tartósan betöltetlen háziiorvosi és fogorvosi körzeteket betöltő orvosok
letelepedésének támogatására**

A támogatás célja:

A legalább 12 hónapja betöltetlen háziiorvosi és fogorvosi körzeteket betöltő háziiorvosok és fogorvosok letelepedésének támogatása, ezáltal az ott élő lakosság folyamatos háziiorvosi és fogorvosi ellátásának biztosítása, az alapellátás (háziiorvosi és fogorvosi ellátás) magasabb színvonalon és minőségen történő végzése érdekében.

A tartósan betöltetlen háziiorvosi és fogorvosi körzetek betöltésének, valamint a háziiorvosi tevékenység végzéséhez szükséges praxisjog vásárlásának támogatására a 2018-as évben összesen

1.250.000.000,- Ft

forrás áll rendelkezésre, amely magában foglalja a nyertes pályázók részére folyósított nettó támogatási összegeken túl az ezek után fizetendő adó- és járulékterheket is.

A támogatási igény formája: pályázat.

A pályázat típusa: nyílt pályázat.

Elnyerhető támogatási összegek:

I. kategória: legalább 12 hónapja betöltetlen szolgálat betöltése esetén nettó **12.000.000,- Ft**,

II. kategória: legalább 24 hónapja betöltetlen szolgálat betöltése esetén nettó **14.000.000,- Ft**,

III. kategória: legalább 36 hónapja betöltetlen szolgálat betöltése esetén nettó **16.000.000,- Ft**,

IV. kategória: legalább 48 hónapja betöltetlen szolgálat betöltése esetén nettó **18.000.000,- Ft**,

V. kategória: legalább 60 hónapja betöltetlen szolgálat betöltése esetén nettó **20.000.000,- Ft**.

A támogató megnevezése: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK)

1. A pályázat kiírásának jogszabályi alapja:

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 18/A. § (1) bekezdése.

2. Pályázati feltételek:

Pályázatot nyújthat be az az orvos, aki a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendeletben meghatározott személyi feltételek alapján háziiorvosi/fogorvosi tevékenység végzésére jogosult és vállalja, hogy az adott háziiorvosi/fogorvosi szolgálatban legalább 6 éven keresztül önálló orvosi tevékenységet végez az illetékes önkormányzattal kötött megállapodás szerinti működési formában, de minden esetben személyes közreműködésével. Feltétel továbbá, hogy pozitív pályázati eredményhirdetést követő 3 hónapon belül – de legkésőbb 2018. november 30-ig – a pályázott háziiorvosi/fogorvosi szolgálatra a pályázó személyes közreműködésével működő egészségügyi szolgáltató finanszírozási szerződést (továbbiakban: finanszírozási szerződés) köt, vagy közalkalmazott háziiorvos/fogorvos esetén a közalkalmazotti jogviszony létrejön.

A betöltésre kerülő **házi orvosi szolgálat** ellátandó lakosságának meg kell haladnia

- felnőtt és vegyes körzet esetén: 1.000 főt,
- gyermek körzet esetén: 500 főt.

A betöltésre kerülő **fogorvosi szolgálat** ellátandó lakosságának meg kell haladnia

- felnőtt és vegyes körzet esetén: 1.800 főt,
- gyermek körzet esetén: 1600 főt.

Amennyiben a pályázaton nyertes házi orvos/fogorvos a 6 éves időtartamban nem végez a nyertes pályázatban megjelölt körzetben önálló orvosi tevékenységet, a NEAK a támogatási szerződést azonnali hatállyal felmondja. Ebben az esetben a pályázaton nyertes orvos köteles a kifolyósított támogatás teljes összegét, valamint annak a támogatás kifolyósításától számított, az államháztartásról szóló törvény végrehajtásáról szóló 368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet 98. §-a szerinti ügyleti kamatát – egy összegben – a NEAK részére visszafizetni. A visszafizetési kötelezettség késedelmes teljesítése esetén a 368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet 98. §-a szerinti késedelmi kamatfizetési kötelezettség áll fenn.

További feltételek:

- a pályázó a pályázat kiírásakor nem rendelkezik az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal,
- a pályázó nem rendelkezik az adózás rendjéről szóló törvényben meghatározott olyan köztartozással, amely esedékességének időpontja 60 napnál régebben lejárt,
- a pályázó büntetlen előéletű,
- pozitív pályázati eredményhirdetést követően támogatási és finanszírozási szerződés megkötése, vagy közszolgálati jogviszony létesítése,
- pozitív pályázati eredményhirdetést követően a pályázó közjegyzői okiratban foglalt nyilatkozata a visszafizetési kötelezettség teljesítésére,
- összeférhetetlenség okán nem indulhat pályázóként és nem részesülhet támogatásban
 - a) aki a pályázati eljárásban döntés-előkészítőként közreműködő, vagy döntéshozó,
 - b) kizárt közjogi tisztségviselő,
 - c) az a)-b) pont alá tartozó személy közeli hozzátartozója.

3. A pályázatnak tartalmaznia kell:

- a pályázó házi orvosi/fogorvosi tevékenység végzésére jogosult személy nevét és adatait,
- a betölteni kívánt házi orvosi/fogorvosi szolgálat pontos címét,
- a házi orvosi/fogorvosi szolgálat betöltésének tervezett időpontját,
- a pályázaton elnyert támogatási összeg jövőbeni felhasználásának tervét.

A pályázó a pályázatot az **1. számú melléklet** szerinti formában köteles benyújtani (a Pályázat letölthető: www.neak.gov.hu)

4. A pályázathoz csatolandó dokumentumok/nyilatkozatok:

- 4.1. a pályázó **2. számú melléklet** szerinti nyilatkozata a pályázati feltételek elfogadásáról (a nyilatkozat letölthető: www.neak.gov.hu),
- 4.2. az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) eredeti és másolati példányban kiállított igazolása arra vonatkozóan, hogy a pályázó a pályázat kiírásakor nem rendelkezett az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal,

- 4.3. a betölteni kívánt háziorvosi/fogorvosi körzetet fenntartó önkormányzat szándéknyilatkozata eredeti és másolati példányban arra vonatkozóan, hogy egészségügyi szolgáltatóként a pályázót háziorvosként/fogorvosként alkalmazza, vagy a pályázó személyes közreműködésével működő egészségügyi szolgáltatóval legalább 6 éves időtartamra feladat-ellátási szerződést köt,
- 4.4. a Magyar Orvosi Kamara által a pályázó érvényes tagsága tárgyában kiállított igazolásának eredeti és másolati példánya,
- 4.5. a pályázó képzettségét igazoló dokumentumok másolati példányai,
- 4.6. a pályázó szakmai önéletrajza,
- 4.7. a pályázó 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványának eredeti és másolati példánya a büntetlen előélet, valamint annak igazolására, hogy nem áll foglalkozástól eltiltás hatálya alatt,
- 4.8. a pályázó összeférhetetlenség, illetve érintettség fennállására, vagy hiányára vonatkozó nyilatkozata (nyilatkozat nyomtatványa letöltető: www.kozpenzpalyazat.gov.hu),
- 4.9. érintettség fennállása esetén a pályázó érintettségéről szóló közzétételi kérelem (nyilatkozat nyomtatványa letöltető: www.kozpenzpalyazat.gov.hu).

Ha a pályázó a pályázat benyújtásakor

- a) döntés-előkészítőként közreműködő vagy döntést hozó szervnél munkavégzésre irányuló jogviszonyban áll,
- b) kizárt közjogi tisztségviselő,
- c) az a)-b) pontban megjelölt személy közeli hozzátartozója,

köteles e körülménynek (érintettségnek) a honlapon történő közzétételét a pályázat benyújtásával egyidejűleg kezdeményezni. (a közzétételi kérelem letölthető: www.kozpenzpalyazat.gov.hu).

Amennyiben az érintettséget megalapozó körülmény a pályázat benyújtása után, de a döntés meghozatala előtt következik be, a pályázó köteles 8 munkanapon belül kezdeményezni e körülménynek a honlapon történő közzétételét.

Ha a pályázó a közzétételt határidőben nem kezdeményezte, támogatásban nem részesülhet.

A nyilatkozatokat a teljes bizonyító erejű magánokiratiság feltételeinek megfelelően kell benyújtani.

5. A pályázat benyújtási határideje: folyamatos, legkésőbb 2018. október 15-ig. A pályázat benyújtásának határideje szempontjából a pályázati anyag postára adásának napja számít.

6. A pályázat benyújtásának helye: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, Általános Finanszírozási Főosztály (1139 Budapest, Váci út 73/a).

Kapcsolattartó: Pál László (háziorvosi ellátás), tel.: 06-1/350-2001/2144; Varga Judit (fogorvosi ellátás), tel.: 06-1/350-2001/2146; e-mail: finanszirozaz@neak.gov.hu

7. A pályázat benyújtásának módja: a pályázati anyagot **kettő példányban**, zárt borítékban postai úton kell benyújtani. A borítékon kérjük feltüntetni „Háziorvosi és fogorvosi letelepedési pályázat” elnevezést.

8. A benyújtott pályázatok bontása:

A pályázati dokumentáció bontása a NEAK Általános Finanszírozási Főosztályán folyamatosan történik, ahol a pályázatok alaki szempontból kerülnek ellenőrzésre. Az ÁEEK által delegált 2 és a NEAK által delegált 3 tagból álló bírálóbizottság elé csak az alakilag hiánytalan pályázatok kerülnek.

9. Hiánypótlás:

A bontás során esetlegesen megállapított hiányosságokról a NEAK egy alkalommal írásbeli értesítést küld a pályázó részére, aki az értesítés kézhezvételét követő 15 napon belül köteles pótolni a hiányzó dokumentumokat. Amennyiben a pályázó ezen hiánypótlási eljárás során sem tud eleget tenni a pályázati kiírásban szereplő feltételeknek, akkor a benyújtott pályázat érvénytelennek minősül.

10. A pályázat elbírálásának határideje: a pályázatok benyújtásának sorrendjében folyamatos, a benyújtást követő 60 napon belül.

11. A pályázat eredményhirdetése:

A pályázat eredményéről a NEAK minden pályázót írásban értesít, az elbírálást követő 14 napon belül. A pályázat nyertesének végleges listáját a NEAK honlapján, továbbá az Egészségügyi Közlönyben kell közzétenni.

Ki kell zárni azt a pályázatot, amelynek benyújtója a pályázaton – a pályázati eljárás bármely szakaszában fennálló körülményre tekintettel – nem részesülhet támogatásban.

Érvénytelen a pályázat, amennyiben

- a benyújtott pályázatban foglaltak nem felelnek meg a pályázati feltételeknek,
- a pályázó a pályázatot nem a jelen pályázati kiírásban ismertetett tartalmú és formájú nyilatkozatok és dokumentumok benyújtásával küldte meg,
- a pályázó a hiánypótlási felhívásnak nem, vagy nem teljes körűen tett eleget,
- a pályázat benyújtására, illetve a hiánypótlásra a megjelölt határidőn túl került sor, illetve ha a pályázó a hiánypótlási eljárás során sem tudott eleget tenni a pályázati kiírásban szereplő feltételeknek,
- a pályázó kettő vagy több körzetre nyújtja be pályázatát.

Eredménytelen a pályázati eljárás, amennyiben

- a megadott határidőre egyetlen pályázati anyag sem érkezik be,
- a támogatási szerződés vagy a finanszírozási szerződés megkötésére 2018. december 15-ig egyetlen körzet vonatkozásában sem kerül sor.

12. A támogatási szerződés megkötése:

A támogatási szerződés megkötésére a háziiorvosi/fogorvosi szolgálatra vonatkozó finanszírozási szerződéssel egyidejűleg kerül sor a nyertes pályázó és a NEAK között. Amennyiben ugyanazon betölteni kívánt háziiorvosi/fogorvosi körzetre több pályázó nyújtott be érvényes pályázatot és a benyújtás sorrendje szerint nyertesnek hirdetett pályázó visszalép, a támogatási és finanszírozási szerződés a benyújtási sorrend szerint következő, érvényes pályázatot benyújtóval megkötethető.

A támogatási szerződés az adott háziiorvosi/fogorvosi szolgálat díjazására vonatkozó finanszírozási szerződéssel egyidejűleg lép hatályba.

A támogatási összeg kifizetése egy összegben történik a betöltésre kerülő háziiorvosi/fogorvosi szolgálatra járó első havi finanszírozási díj kiutalásával egyidejűleg, de legkésőbb 2018. december 20-ig, a pályázó által megadott bankszámlaszámra.

13. A pályázati kiírás közzétételének helye:

- Egészségügyi Közlöny
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő honlapja

Budapest, 2018. január 31.

1. számú melléklet

PÁLYÁZAT

I. PÁLYÁZAT TÁRGYA („X”-el jelölendő)	
<input type="checkbox"/>	A legalább 12 hónapja betöltetlen háziiorvosi körzeteket betöltő háziiorvosok letelepedésének támogatása , ezáltal az ott élő lakosság folyamatos háziiorvosi ellátásának biztosítása, az alapellátás (háziiorvosi ellátás) magasabb színvonalon és minőségben történő végzése érdekében.
<input type="checkbox"/>	A legalább 12 hónapja betöltetlen fogorvosi körzeteket betöltő fogorvosok letelepedésének támogatása , ezáltal az ott élő lakosság folyamatos fogorvosi ellátásának biztosítása, az alapellátás (fogorvosi ellátás) magasabb színvonalon és minőségben történő végzése érdekében.

II. PÁLYÁZÓ HÁZIORVOSI/FOGORVOSI TEVÉKENYSÉG VÉGZÉSÉRE JOGOSULT SZEMÉLY ADATAI			
Név:			
Születési név:			
Születési hely, idő:		Állampolgársága:	
Anyja neve:			
Személyi ig.szám:			
Adószáma:		TAJ száma:	
Lakcíme:			
Levelezési címe: (ha eltér a lakcímtól)			
Elérhetőség:	Telefonszám:	Email cím:	
Pecsétszám:			

III. BETÖLTENI KÍVÁNT HÁZIORVOSI/FOGORVOSI SZOLGÁLAT CÍME			
Betöltetlen szolgálat 9 jegyű kódja (HSZ kód/FIN kód ¹)	Irányító- szám	Település megnevezése	Utca, házszám

IV. A SZOLGÁLAT BETÖLTÉSÉNEK TERVEZETT IDŐPONTJA

¹ Háziiorvosi szolgálat kódja (HSZ kód) megtalálható: www.neak.gov.hu/Lakosságnak/Szerződött_szolgáltatók/Háziiorvosi_szolgálatok
Fogorvosi szolgálat kódja (FIN kód) megtalálható: www.neak.gov.hu/Lakosságnak/Szerződött_szolgáltatók/Fogorvosi_szolgálatok

V. A PÁLYÁZATON ELYNYERT TÁMOGATÁSI ÖSSZEG JÖVŐBENI FELHASZNÁLÁSÁNAK TERVE

VI. A PÁLYÁZAT MELLÉKLETEI

1. Nyilatkozat a pályázati feltételek elfogadásáról (nyilatkozat letölthető: www.neak.gov.hu)
2. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ igazolása arra vonatkozóan, hogy a pályázó a pályázat kiírásakor nem rendelkezett az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény alapján szerzett praxisjoggal (eredeti és másolati példány) (kérelem letölthető: www.oali.hu)
3. A betölteni kívánt háziorvosi/fogorvosi körzetet fenntartó önkormányzat szándéknyilatkozata arra vonatkozóan, hogy egészségügyi szolgáltatóként a pályázót háziorvosként/fogorvosként alkalmazza, vagy a pályázó személyes közreműködésével működő egészségügyi szolgáltatóval legalább 6 éves időtartamra feladat-ellátási szerződést köt (eredeti és másolati példány)
4. A Magyar Orvosi Kamara által a pályázó érvényes tagsága tárgyában kiállított igazolása (eredeti és másolati példány)
5. A pályázó képzettségét igazoló dokumentumok másolati példányai
6. A pályázó szakmai önéletrajza
7. A pályázó 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítványa a büntetlen előélet, valamint annak igazolására, hogy nem áll foglalkozástól eltiltás hatálya alatt (eredeti és másolati példány)
8. Nyilatkozat a pályázó összeférhetetlenség, illetve érintettség fennállására, vagy hiányára vonatkozóan (a nyilatkozat letölthető: www.kozpenzpalyazat.gov.hu)
9. A pályázó érintettsége esetén az érintettségéről szóló közzétételi kérelem (a közzétételi kérelem letölthető: www.kozpenzpalyazat.gov.hu).

Kelt:,év.....hó.....nap

.....
pályázó aláírása

2. számú melléklet

NYILATKOZAT

a pályázati feltételek elfogadásáról

Alulírott

Név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
Személyi igazolvány száma:	
Lakcíme:	
Pecsétszám:	

a legalább 12 hónapja betöltetlen háziorvosi és fogorvosi körzeteket betöltő háziorvosok és fogorvosok letelepedésének támogatása, ezáltal az ott élő lakosság folyamatos háziorvosi és fogorvosi ellátásának biztosítása, az alapellátás (háziorvosi és fogorvosi ellátás) magasabb színvonalon és minőségen történő végzése érdekében benyújtott pályázathoz az alábbi nyilatkozatokat teszem:

Kötelezettségvállaló nyilatkozatot teszek arra vonatkozóan, hogy a betölteni kívánt háziorvosi/fogorvosi körzetben 6 év időtartamban önálló orvosi tevékenységet végzek.

Nyilatkozom

- a pályázati feltételek elfogadásáról,
- arról, hogy **nem rendelkezem** az adózás rendjéről szóló törvényben meghatározott olyan **köztartozással**, amely esedékességének időpontja 60 napnál régebben lejárt.

Hozzájárulok

- a pályázati anyagban foglalt személyes adataimnak a pályázati eljárással összefüggő kezeléséhez,
- a teljes pályázati anyagomnak a pályázati eljárásban érintett szervek részére a bírálati eljárás céljából történő sokszorosításához, és továbbításához,
- ahhoz, hogy a pályázat megvalósulásának szabályszerűségét a Támogató és/vagy az általa megbízott szerv ellenőrizze,
- ahhoz, hogy a támogatás elnyerése esetén nevem és az elnyert támogatás összege, a felhasználás célja nyilvánosságra kerüljön.

Szándéknyilatkozatot teszek

- **a támogatási és a finanszírozási szerződés megkötésére, vagy közalkalmazotti jogviszony létesítésére,**
- arra vonatkozóan, hogy közjegyzői okiratba foglalt nyilatkozatot teszek a visszafizetési kötelezettség teljesítésére.

Kelt:,év.....hó....nap

.....
pályázó aláírása

Előttünk, mint tanuk előtt:

.....
aláírás

.....
aláírás

Név:

Név:

Személyi ig. szám:.....

Személyi ig. szám:.....

Cím:

Cím: