

*A Kormány*

*.../2010. (...) Korm. rendelete*

**az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról**

A Kormány a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (2) bekezdés *a)* pontjában,

18. § tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés *b)* pontjában

kapott felhatalmazás alapján, az Alkotmány 35. § (1) bekezdés *b)* pontjában megállapított feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

**1. §**

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kr.) 1. § helyébe a következő rendelkezés lép:

„1. § E rendelet hatálya az Országos Egészségbiztosítási Pénztárra (a továbbiakban: OEP) mint finanszírozóra, valamint a finanszírozóval az Egészségbiztosítási Alapból (a továbbiakban: E. Alap) finanszírozott egészségügyi szolgáltatás nyújtására szerződött egészségügyi szolgáltatókra terjed ki.”

**2. §**

A Kr. 4. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) A szolgáltató az általa nyújtott, a finanszírozás alapjául szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról számítógépes adathordozón kísézőjegyzékkel vagy adatátviteli vonalon a megadott formátumban (rekordkép), e rendelet szerint adatot szolgáltat (a továbbiakban: jelentés) a finanszírozó részére. Adatátviteli vonalon történő jelentés esetén a finanszírozó a befogadott jelentésről az adott ellátási forma szerinti kísézőjegyzéknek megfelelő adattartalmú visszaigazolást küld adatátviteli vonalon. A fekvőbeteg-szakellátás során nyújtott ellátásokról a jelentést az OEP részére legalább fokozott

biztonságú elektronikus aláírással hitelesített, autentikus időbélyeget használó és rejtjelezéssel védett elektronikus rendszer útján kell megküldeni.”

### 3. §

A Kr. 4/A. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Vhr.) 12/B. § (1) bekezdése szerinti egészségügyi szolgáltató - a (3) bekezdésben foglaltak kivételével - a Vhr. 12/B. §-ában meghatározott ellenőrzési kötelezettségének elmulasztása esetén a szolgáltatónak az adott ellátás után járó összeg 10%-a, de legfeljebb 1000 forint levonásra kerül.”

### 4. §

A Kr. 6/C. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„6/C. § (1) Amennyiben az egészségügyi szolgáltató jogutódlással szűnik meg, és az Ebtv. 34. § (2) bekezdése alapján további díjazásra nem jogosult, az általa jelentett és elszámolható teljesítmények után járó díjat, az OEP a jogutód egészségügyi szolgáltató részére utalványozza.

(2) Az (1) bekezdés alkalmazása szempontjából jogutódnak minősül a finanszírozott egészségügyi szolgáltató helyébe lépő feladat-ellátási szerződés vagy feladat-átadási megállapodás alapján az ellátási kötelezettséget és a meglévő szerződéses kapacitásokkal történő feladatellátást vállaló egészségügyi szolgáltató.”

### 5. §

A Kr. 23. § (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(5) Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott alapellátást nyújtó területi ellátási kötelezettségű fogorvosi szolgálatok esetén a szolgáltató az alapidő 60 százalékára jogosult. Nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgáltató a praxis ellátására a teljes rendelési időben másik szakorvost foglalkoztat.”

### 6. §

A Kr. 25. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A rendelkezések teljesítményéről a fogászati szolgáltató a 4. § (2) bekezdés és a 23. § (8) bekezdés szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig. Az OEP a kiszámított díjat a jelentés megküldésének hónapjában utalványozza a szolgáltatónak. A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapdíj, valamint a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj.”

## 7. §

(1) A Kr. 27. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) A teljesítményvolumen keretet (a továbbiakban: TVK) a járóbeteg-szakellátásra - ideértve a 32. § szerinti CT, MRI vizsgálatokat is -, és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan éves szinten, valamint időarányosan - az ellátási igények változásának figyelembevételével - havi bontásban kell meghatározni. A tárgyidőszakra vonatkozó TVK havi bontása a szolgáltató által megadott szezonális index alapján történik, azzal, hogy az egyes hónapra vonatkozó szezonális index nem haladhatja meg a havi országos átlag 10 százalékkal növelt mértékét. A szolgáltató a szezonális indexet évente egy alkalommal, a finanszírozónak a tárgyidőszakra vonatkozó TVK értékéről szóló értesítése kézhezvételétől számított 15 napon belül határozhatja meg. Amennyiben a szolgáltató nem határozza meg a szezonális indexét, a TVK havi bontása a 28. számú mellékletben az egyes ellátási formákra meghatározott tárgyidőszakra vonatkozó országos szezonális index figyelembevételével történik.”

(2) A Kr. 27. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(3) A (2) bekezdés szerinti TVK megállapításának alapját - ide nem értve a 29/A. § (1) bekezdése szerinti orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatokat - a 2010. finanszírozási évre megállapított, miniszteri tartalék terhére biztosított növekmény nélküli TVK képezi.”

(3) A Kr. 27. §-a a következő (3a)-(3e) bekezdésekkel egészül ki:

„(3a) A járóbeteg-szakellátásra a (3) bekezdés szerint megállapított és a 27/A. § (1) bekezdés szerint módosított és szintre hozott TVK-t növelni kell a 28. számú mellékletben járóbeteg-szakellátási TVK növelésre meghatározott országos keret

a) 35 százaléka terhére az aktív fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézethez nem integrált, legalább heti 100 óra lekötött kapacitással rendelkező, és legalább négy szakmában szerződött szolgáltatást nyújtó szolgáltató esetében a 2009. november 1-jétől 2010. október 31-éig terjedő időszakra a szolgáltató, vagy az adott szolgáltatás tekintetében jogelődje által jelentett és elszámolható teljesítmény (a továbbiakban: járóbeteg-szakellátási bázisteljesítmény) arányában;

b) 65 százaléka terhére az a) pont szerinti TVK növelésre nem jogosult szolgáltatók esetében a járóbeteg-szakellátási bázisteljesítmény arányában.

(3b) Aktív fekvőbeteg-szakellátásra a (3) bekezdés szerint megállapított és a 27/A. § (1) bekezdés szerint módosított és szintre hozott TVK-t (a továbbiakban: aktív ellátási bázis TVK) növelni kell a 28. számú mellékletben

a) a 2007. évi kapacitás-csökkentéssel összefüggő TVK növelésre meghatározott országos keret terhére a 2007. második félévi kapacitáscsökkentésből adódó TVK változás mértékétől függően, a 28. számú mellékletben meghatározott arányban;

b) a progresszív és speciális feladatok ellátásával összefüggő aktív fekvőbeteg-szakellátási TVK növelésre meghatározott keret terhére a 28/A. számú mellékletben megnevezett egészségügyi szolgáltatók esetében az aktív ellátási bázis TVK arányában, amennyiben a szolgáltató 2010. finanszírozási évre jelentett és elszámolható teljesítménye legalább 2 százalékkal meghaladja a 2010. évre vonatkozó TVK keretét.

A 2007. második félévi kapacitáscsökkentésből adódó TVK változás adatait és a változással érintett szolgáltatók körét az OEP honlapján közzéteszi.

(3c) Amennyiben a szolgáltató részére fekvőbeteg-szakellátások tekintetében a (3), (3b) bekezdésben meghatározott, tárgyidőszakra vonatkozó TVK nem éri el a 2010. finanszírozási év lezárásakor érvényben lévő TVK értékét, úgy a tárgyidőszakra megállapított TVK értéke az eltérés mértékével megemelkedik, azaz 100%-ra kiegészül.

(3d) A (3), (3a) bekezdés alapján meghatározott járóbeteg-szakellátásra vonatkozó TVK-t a 2010. finanszírozási év lezárásakor fel nem használt TVK mértékével (maradvány) csökkenteni kell.

(3e) Az aktív fekvőbeteg kapacitással rendelkező szolgáltató TVK növekményre jogosult az R. 9. számú melléklete szerinti beavatkozások 2009. november 1-jétől 2010. október 31-éig terjedő időszakra (a továbbiakban: egynapos ellátási bázisidőszak) jelentett és elszámolható teljesítménye (a továbbiakban: egynaposként ellátható bázisteljesítmény) alapján a 28. számú mellékletben

egynapos ellátás fejlesztésére megállapított országos TVK keret terhére. A szolgáltatók az egynaposként ellátható bázisteljesítményük 20 százalékának megfelelő mértékű növekményre jogosultak. Nem részesül TVK növekményben az a szolgáltató, amelynek a TVK növekmény alapjául szolgáló egynaposként ellátható bázisteljesítménye nem éri el az évi 100 súlyszámot. A TVK növekmény csak egynapos tevékenységre használható fel. Az OEP a honlapján közzéteszi a TVK növekményre jogosult szolgáltatók egynaposként ellátható bázisteljesítményét és a bázisidőszakra egynapos ellátásként jelentett és elszámolt teljesítményeit.”

(4) A Kr. 27. § (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(6) Az orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok esetében a TVK megállapítása az R. 2. számú mellékletében külön jelzéssel ellátott molekuláris diagnosztikai vizsgálatokra az egészségügyért felelős miniszter által meghatározott keret mértékéig kötött szolgáltatásvolumen szerződés alapján finanszírozott ellátások kivételével történik. A molekuláris diagnosztikai vizsgálatokra szerződött szolgáltatók részére a tárgyévre vonatkozó szolgáltatásvolumen keret az egészségügyért felelős miniszter által meghatározott országos keret terhére a (3) bekezdés szerinti bázisteljesítményük arányában kerül megállapításra.”

## 8. §

(1) A Kr. 27/A. § (1) bekezdés a) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

*(A 27. § szerinti TVK-t módosítani kell:)*

„a) az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (a továbbiakban: Eftv.) és az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet alapján engedélyezett, ellátási forma megváltozásával járó kapacitásátcsoportosítás esetén az egy kapacitásegységre jutó szakma szerinti országos átlag figyelembevételével,”

(2) A Kr. 27/A. § (1) bekezdés c) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

*(A 27. § szerinti TVK-t módosítani kell:)*

„c) az egészségügyi államigazgatási szerv által megállapított feladatváltozás esetén,”

(3) A Kr. 27/A. § (1) bekezdés g) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

*(A 27. § szerinti TVK-t módosítani kell:)*

„g) az egészségügyért felelős miniszter jóváhagyása alapján a kihasználatlan TVK növekmény szolgáltatók közötti átcsoportosításával, valamint a folyamatos ellátás biztosítására, vagy egyéb ellátási érdekből engedélyezett TVK növekménnyel,”

(4) A Kr. 27/A. § (5) és (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„(5) Az (1) bekezdés h) pontja szerinti TVK módosítás a megállapodó, illetve szerződő felek erre vonatkozó külön megállapodása szerint történik. Külön megállapodás hiányában a finanszírozó az Eftv. 2. § (3) bekezdés szerinti megállapodás, illetve szerződés szerinti feladatra jutó TVK mértékével módosítja a feladatváltozással érintett szolgáltatók TVK-ját.

(6) Amennyiben az ellátási terület változása TVK módosítást igényel, a TVK átcsoportosítás a változással érintett ellátási terület lakosságszáma arányában történik.”

## 9. §

A Kr. 28. §-a a következő (1a) és (1b) bekezdésekkel egészül ki:

„(1a) Amennyiben a szolgáltató tárgyhónapra jelentett és elszámolható járóbeteg-szakellátási teljesítménye – ide nem értve a 27. § (9) bekezdés a)-d) pontja szerinti teljesítményt - meghaladja az (1) bekezdés szerint elszámolt teljesítmény mértékét, a többleteljesítményt az OEP

- a) 10 százalékgig 30 százalékos,
- b) 10 és 20 százalék között, 20 százalékos

alapdíjjal számolja el.

(1b) Amennyiben a szolgáltató tárgyhónapra jelentett és elszámolható aktív fekvőbeteg szakellátási teljesítménye – ide nem értve a 27. § (11) bekezdés szerinti teljesítményt - meghaladja az (1) bekezdés szerint elszámolt teljesítményt, az OEP a többleteljesítménynek legfeljebb 10 százalékát az alapdíj 30 százalékával számolja el.”

## 10. §

(1) A Kr. 35. § (7) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(7) Az OEP az otthoni szakápolás 5. számú melléklet szerinti előirányzatának otthoni szakápolásra és otthoni hospice ellátásra elkülönített keretét a megyék között lakosságszám arányában osztja fel.

A felosztásnál az 5 000 fő alatti lakosságú településeket a lakosságuk 30 százalékaival növelt mértéke szerint kell figyelembe venni.”

(2) A Kr. 35. § (17) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(17) Az OEP a megállapított díjat a jelentés leadása hónapjában utalványozza.”

## 11. §

(1) A Kr. 40. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) Egy fekvőbeteg-osztályos ellátási eset – az R. 8. számú mellékletének 1. és 2., valamint a 8-12. pontja szerinti nagy értékű műtéti eljárások, beavatkozások kivételével - egy finanszírozási esetnek minősül, amelynek típusát a fekvőbeteg-ellátó osztály aktív vagy krónikus minősítése határozza meg. Önálló finanszírozási esetnek minősül a kórházban meghalt beteg boncolása is. Amennyiben az R. 8. számú mellékletének 1. és 2. pontja, valamint a 8-12. pontja szerinti nagy értékű műtéti beavatkozás a kórházi felvétel időpontjától számított legalább 10 napon túl történt, a nagy értékű eljárás, illetve beavatkozás és az azt megelőző ellátás önálló finanszírozás esetként számolható el az elszámolási szabályok alapján.”

(2) A Kr. 40. § (15) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(15) Az Eftv. alapján befogadott nappali és kúraszerű ellátásra szerződött járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató részére – a finanszírozási szerződésben meghatározott szolgáltatás, illetve értékarányos teljesítmény mennyiség mértékéig - az R.-ben önálló elszámolási tételként meghatározott nappali, illetve kúraszerű ellátásokat a hozzárendelt pontértékkel lehet elszámolni, amennyiben az ellátás megfelel a 4. § (3) bekezdésében, és a finanszírozási szerződésben foglalt feltételeknek, továbbá a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvben foglaltaknak.”

## 12. §

A Kr. 49. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„49. § Az 5. számú melléklet tartalmazza a gyógyító-megelőző ellátások jogcímei éves előirányzatait ellátási formák szerinti bontásban. Az ellátási formákra külön soron feltüntetett előirányzatok jogcímenként együttesen is kezelhetők. Az egyes jogcímekekhez tartozó ellátási formák

között az OEP főigazgató kezdeményezésére az egészségbiztosításért felelős miniszter átcsoportosíthat azzal, hogy a jogcímek előirányzata nem változhat.”

### **13. §**

- (1) A Kr. 5. számú melléklete helyébe e rendelet 1. melléklete lép.
- (2) A Kr. 6/A. számú melléklete e rendelet 2. melléklete szerint módosul.
- (3) A Kr. 6/B. számú melléklete e rendelet 3. melléklete szerint módosul.
- (4) A Kr. 8. számú melléklete helyébe e rendelet 4. melléklete lép.
- (5) A Kr. 8/A. számú melléklete helyébe az 5. melléklet lép.
- (6) A Kr. 12. számú melléklete e rendelet 6. melléklete szerint módosul.
- (7) A Kr. 14. számú melléklete e rendelet 7. melléklete szerint módosul.
- (8) A Kr. 15. számú melléklete e rendelet 8. melléklete szerint módosul.
- (9) A Kr. 26. számú melléklete e rendelet 9. melléklete szerint módosul.
- (10) A Kr. 28. számú melléklete helyébe e rendelet 10. melléklete lép.
- (11) A Kr. e rendelet 11. melléklete szerinti 28/A. számú melléklettel egészül ki.

### **14. §**

A Kr. a következő 56. §-sal egészül ki:

„56. § Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló /2010. (. .) Korm. rendelet 17. § (1) bekezdés 41. pontjával megállapított 37. § (5) bekezdés d) pontja a 00001 kódszámú ápolási tevékenységet nyújtó és a 00015 kódszámú szakmai csoportba sorolt krónikus osztályon kezelt betegek ellátásának finanszírozása 2011. január havi teljesítmények elszámolásától alkalmazható.”

### **15. §**

Ez a rendelet 2011. január 1-jén lép hatályba és hatálybalépését követő napon hatályát veszti.

### **16. §**



A Kr.

1. 4/A. § (3) bekezdés d) pontjában a „teljesítménydíj 10%-a” szövegrész helyébe a „teljesítménydíj 10%-a, de legfeljebb 1000 forint” szöveg,
2. 5. § (1) bekezdésében a „teljesítés hónapját követő negyedik hónap 5. napjáig” szövegrész helyébe a „teljesítés hónapját követő negyedik hónap 5. napjáig, a (3) bekezdés b) pontja szerinti átfedésekről megküldött hibalista alapján a teljesítés hónapját követő ötödik hónap 5. napjáig” szöveg,
3. 6. § (2) bekezdés b) pontjában az „az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter” szövegrész helyébe az „az egészségügyért felelős miniszter és az államháztartásért felelős miniszter” szöveg,
4. 6. § (3) bekezdésében az „államháztartás működési rendjéről szóló 217/1998. (XII. 30.) Korm. rendeletben (a továbbiakban: Ámr.)” szövegrész helyébe az „államháztartás működési rendjéről szóló kormányrendeletben (a továbbiakban: Ámr.)” szöveg
5. 6/A. § (2) bekezdésében az „egészségügyi minisztert és a pénzügyminisztert” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős minisztert és az államháztartásért felelős minisztert” szöveg,
6. 8. § (1) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,
7. 8. § (3)-(5) bekezdésekben az „a REP” szövegrészek helyébe az „az OEP” szöveg,
8. 10. § (1) bekezdésében az „A REP” szövegrész helyébe az „Az OEP” szöveg,
8. 10. § (2) bekezdésében az „Az egészségügyi miniszter kijelölése alapján a REP” szövegrész helyébe az „Az egészségügyért felelős miniszter kijelölése alapján az OEP” szöveg,
10. 11. § (5) és (6) bekezdésében az „a REP” szövegrészek helyébe az „az OEP” szöveg,
11. 15. § (1) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,
12. 19. § (1) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,
13. 20. § (1) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,
14. 21. § (1) bekezdésében az „A REP” szövegrész helyébe az „Az OEP” szöveg,
15. 21. § (3) bekezdésében a „teljes munkaidőben” szövegrész helyébe a „teljes vagy részmunkaidőben” szöveg és az „illetve e § (11) bekezdése” szövegrész helyébe az „illetve e § (13) bekezdése” szöveg,
16. 21. § (13) bekezdésében az „a REP-nek” szövegrész helyébe az „az OEP-nek” szöveg,
17. 21/A. §-ban az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,
18. 22. § (1) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,
19. 22. § (2) bekezdés a) pontjában az „az Oktatásügyi Minisztérium” szövegrész helyébe az „a Nemzeti Erőforrás Minisztérium” szöveg, b) pontjában az „az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium, az Önkormányzati Minisztérium” szövegrész helyébe az „a Közigazgatási és

Igazságügyi Minisztérium, a Belügyminisztérium” szöveg, c) pontjában a „Közlekedési, Hírközlési és Energiaügyi Minisztérium” szövegrész helyébe a „Nemzeti Fejlesztési Minisztérium” szöveg,

20. 22. § (3) bekezdésében az „A REP” szövegrész helyébe az „Az OEP” szöveg,

21. 23. § (2) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,

22. 23. § (3) bekezdésében az „A REP-pel” szövegrész helyébe az „Az OEP-pel” szöveg,

23. 23. § (12) bekezdésében az „illetve szakrendelésen” szövegrész helyébe az „illetve szakrendelésen, annak teljes rendelési idejében” szöveg,

24. 26. § (5) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg,

25. 27/A. § (8) bekezdésében az „egészségügyi miniszter az illetékes regionális tisztifőorvos” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter az illetékes megyei tisztifőorvos” szöveg és az „egészségügyi miniszter döntéséhez a pénzügyminiszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter döntéséhez az államháztartásért felelős miniszter” szöveg,

26. 28. § (1) bekezdésében a „b) pontja szerinti forintértékkal.” szövegrész helyébe a „b) pontja szerinti forintértékkal (a továbbiakban: alapidj).” szöveg,

27. 28. § (5) bekezdésében az „elszámolt és jogalap nélkül kifizetett” szövegrész helyébe az „a jogalap nélkül igénybevett” szöveg,

28. 30/A. § (1) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg,

29. 33. § (1) bekezdésében az „a REP-nek” szövegrész helyébe az „az OEP-nek” szöveg,

30. 33. § (6) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg,

31. 33. § (7) bekezdésében az „a REP-hez” szövegrész helyébe az „az OEP-hez” szöveg, és az „egészségügyi miniszternek” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszternek” szöveg,

32. 33. § (8) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg és a „pénzügyminiszteri egyetértéssel” szövegrész helyébe az „az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével” szöveg,

33. 33. § (9) bekezdésében az „a REP felé” szövegrész helyébe az „az OEP-nek” szöveg,

34. 33/A. § (2) bekezdésében az „a REP-nek” szövegrész helyébe az „az OEP-nek” szöveg, 35. 35. § (8) és (14) bekezdésében az „A REP” szövegrészek helyébe az „Az OEP” szöveg,

36. 35. § (11) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,

37. 35. § (15) bekezdésében az „a REP-pel” szövegrész helyébe az „az OEP-pel” szöveg,

38. 35. § (16) bekezdésében az „a REP-nek” szövegrész helyébe az „az OEP-nek” szöveg,

39. 37. § (3) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg,
40. 37. § (4) bekezdésében az „az illetékes REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,
41. 37. § (5) bekezdés d) pontjában a „negyedik hónaptól” szövegrész helyébe a „hetedik hónaptól” szöveg, e) pontjában az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,
42. 38. § (3) bekezdésében az „egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter és az államháztartásért felelős miniszter” szöveg,
43. 40. § (12) bekezdésében az „a szülészeti-nőgyógyászati osztályt” szövegrész helyébe az „a szülészeti-nőgyógyászati osztályt és a koraszülöttek intenzív ellátását biztosító osztály” szöveg
44. 42. § a) pontjában az „az Egészségügyi Minisztériumnak” szövegrész helyébe az „a Nemzeti Erőforrás Minisztériumnak” szöveg és az „az EüM” szövegrész helyébe az „a NEFMI” szöveg, b) pontjában az „az EüM” szövegrész helyébe az „a NEFMI” szöveg, c) pontjában az „az EüM” szövegrész helyébe az „a NEFMI” szöveg,
45. 43. § (3) bekezdésében az „az Egészségügyi Minisztérium” szövegrész helyébe az „a Nemzeti Erőforrás Minisztérium” szöveg,
46. 43/A. § (5) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg,
47. 44. § (2) bekezdésében az „az Egészségügyi Minisztérium” szövegrész helyébe az „a Nemzeti Erőforrás Minisztérium” szöveg,
48. 45. § (1) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg
- lép.

## 17. §

(1) Hatályát veszti a Kr.

- a) 26/A. § (4) bekezdése,
- b) 27/A § (1) bekezdés f) és i) pontja,
- c) 30. § (9) bekezdése,
- d) 37. § (5) bekezdés c) pontja, és (9) bekezdése,
- e) 45/A. §,
- f) Kr. 24. számú melléklete,
- g) Kr. 6/A. számú mellékletében az „Ambuláns adatlap” 37. mezője és a „Kitöltési útmutató” 37. pontja,

- h) 6/B. számú mellékletében a „Fogorvosi ambuláns napló” alcímet követően az „Elszámolási nyilatkozat:” és a hozzátartozó sorok, valamint a „Havi jelentés a fogászati rendelés teljesítményeiről” alcímben a 21. sor,
- i) 14. számú mellékletében az „Adatlap kórházi (osztályos) ápolási esetről” 32. mezője, valamint a „Kitöltési útmutató” 4/A pont E jelű sora és 32. pontja a hozzátartozó sorokkal,
- j) 17. számú melléklet 25. sora és
- k) 18. számú melléklet 40. sora.

(2) Hatályát veszti a Kr.

- a) 28. § (4) bekezdésében az „és a 35. §” szövegrészek,
- b) 37. § (5) bekezdés e) és f) pontjában a „c) és” szövegrészek,
- c) 14. számú melléklet „Kitöltési útmutató” rész
  - ca) 19. pont „A felvétel típusa” „A Az egészségügy ellátás szempontjából” alpont 2. sorában a „sürgősségi” szövegrész,
  - cb) 24. pontban az „Annak a szervezeti egységnek a vezetője, ahol a beteg zárójelentését kiadják” szövegrész.

## 18. §

Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 13 §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„13. § Ha az egészségügyi szakmára nincs meghatározva szakmai minimumfeltétel, ennek kiadásáig az egészségügyi szolgáltató átmeneti működési engedélyt kaphat. Az egészségügyi szolgáltató azon szakmák esetében is kaphat átmeneti működési engedélyt, amelyek külön jogszabály szerint meghatározott nappali ellátási formában is végezhetők, de az ellátási forma jellegéből adódó speciális szakmai feltételek nem kerültek meghatározásra. Az átmeneti működési engedély kiadásához szükséges speciális szakmai feltételeket - külön eljárásrend szerint - az engedélyező megkeresésére az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által kijelölt országos szakfelügyelő adja meg. A minimumfeltételről szóló jogszabály hatálybalépését követően, az egészségügyi szolgáltató kérelmére az egészségügyi államigazgatási szerv a 15. §-ban foglaltak szerint felülvizsgálja az átmeneti működési engedélyt. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a minimumfeltételeknek megfelel, az egészségügyi államigazgatási szerv az átmeneti működési

engedély visszavonása mellett működési engedélyt ad ki. A 12. §-ban foglalt feltételek fennállása esetén ideiglenes működési engedély is kiadható.”

## „5. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

		<i>Millió forint</i>
Megnevezés		2011. évi tervezett előirányzat
	<b>Háziorvosi, háziorvosi ügyelet ellátása</b>	
	Praxisfinanszírozás	70 999,2
	Eseti ellátás díjazása	569,3
	Ügyeleti szolgálat	9 547,4
<b>1.</b>	<b>Háziorvosi, háziorvosi ügyelet ellátása összesen</b>	<b>81 115,9</b>
	Iskolaegészségügyi ellátás	1 856,0
	Védőnői ellátás	15 440,8
	Anya-gyermek- és csecsemővédelem	451,5
	MSZSZ : gyermekgyógyászat	121,6
	MSZSZ : nőgyógyászat	96,3
<b>2.</b>	<b>Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem össz.</b>	<b>17 966,2</b>
<b>3.</b>	<b>Fogászati ellátás</b>	<b>23 470,4</b>
	<b>Gondozóintézeti gondozás</b>	
	Nemibeteg gondozás	261,6
	Tüdőgondozás	1 065,2
	Pszichiátriai gondozás	548,4
	Onkológiai gondozás	256,7
	Alkohológia és drogellátás	168,6
<b>4.</b>	<b>Gondozóintézeti gondozás összesen</b>	<b>2 300,5</b>
<b>5.</b>	<b>Betegszállítás, és orvosi rendelvényű halottszáll.</b>	<b>5 780,2</b>
<b>8.</b>	<b>Művesekezelés</b>	<b>23 171,1</b>
<b>10.</b>	<b>Otthoni szakápolás</b>	<b>4 404,8</b>
<b>12.</b>	<b>Működési költségelőleg</b>	<b>1 000,0</b>
	<b>Célelőirányzatok</b>	
	Bázisfinanszírozott fekvőbeteg szakellátás	8,9
	Méltányossági alapon történő térítések	183,1
	Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj	1 552,4
<b>13.</b>	<b>Célelőirányzatok összesen</b>	<b>1 744,4</b>
<b>15.</b>	<b>Mentés</b>	<b>24 561,4</b>
<b>17.</b>	<b>Laboratóriumi ellátás</b>	<b>20 893,0</b>
	<b>Összevont szakellátás</b>	
	Járóbeteg szakellátás + CT, MRI	118 548,3
	Fekvőbeteg szakellátás	410 270,6
	<i>aktív fekvőbeteg szakellátás</i>	346 607,5
	<i>krónikus fekvőbeteg szakellátás</i>	62 715,1
	<i>bázis finanszírozású szakellátás (KIM. BVOP)</i>	948,0
	Extrafinanszírozás	20,6
	Speciális fin. fekvőbeteg	34 872,6
<b>18.</b>	<b>Összevont szakellátás összesen</b>	<b>563 712,1</b>
<b>ÖSSZESEN</b>		<b>770 120,0”</b>

2. melléklet a /2010. ( . . ) Korm. rendelethez

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 6/A. számú mellékletében a „Kitöltési útmutató” 10. alpont „Térítési kategória” alcím F és G jelű sorok helyébe következő sorok lépnek.

„F = magyar biztosítással rendelkező betegek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének 1) pontja szerinti, kizárólag orvostudományi kutatás keretében végzett beavatkozást is tartalmazó ellátása

G = magyar biztosítással rendelkező betegek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének 1) pontja szerinti, kizárólag orvostudományi kutatás keretében végzett beavatkozása miatt bekövetkezett szövődmény ellátása”

3. melléklet a /2010. ( . . ) Korm. rendelethez

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 6/B. számú mellékletében a Fogorvosi ambuláns napló táblázatát követő szövegrész helyébe a következő szövegrész lép:

**[Fogorvosi ambuláns napló]**

„Térítési kategóriák:

1 = magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás

2 = magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása

3 = államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás

4 = egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása

5 = magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása

6 = fekvő beteg részére végzett ellátás

9 = külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása

A = befogadott külföldi állampolgár

D = menekült, menedékes státuszt kérelmező

E = elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás

F = magyar biztosítással rendelkező betegek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének 1) pontja szerinti, kizárólag orvostudományi kutatás keretében végzett beavatkozást is tartalmazó ellátása

G = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének *l)* pontja szerinti, kizárólag orvostudományi kutatás keretében végzett beavatkozása miatt bekövetkezett szövődmény ellátása

K = külföldi donor ellátása

M = magyar biztosítás alapján méltányosságból átvállalt térítés ellenében végzett ellátás

R = magyar biztosítás alapján részleges térítés ellenében végzett ellátás, a részleges térítési díj összegének feltüntetése

S = A Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása”



„8. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

**Krónikus ellátások**

Kódja	Megnevezése	Szorzója
00001	Ápolási tevékenység	1,0
00015	Krónikus ellátás	1,2
00019	Rehabilitációs ellátás* „A” minősítésű**	1,8
00020	„B” minősítésű**	1,4
00021	„C” Minősítés nélküli	1,2
00017	Központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak rehabilitációs ellátása	3,8
00022	Pályázati úton befogadott hospice ellátás	1,7

\* A nappali kórházi ellátás esetében a fekvőbeteg-ellátást nyújtó háttérosztály minősítése szerinti szakmai szorzó alkalmazható.

\*\* A 37. § (4) bekezdésében foglalt rendelkezés szerinti minősítés.

***A nem pszichiátriai rehabilitációs minősítési kritériumok***

Feltétel	„A” minősítésű rehabilitáció kritériumai	„B” minősítésű rehabilitáció kritériumai	„C” Minősítés nélküli rehabilitáció kritériumai
1. Osztályvezető	az osztályt legalább 5 éves, igazolt rehabilitációs szakmai gyakorlattal rendelkező rehabilitációs szakorvos vezeti****	az osztályt rehabilitációs szakorvos vezeti	az osztály vezetője nem szükséges, hogy rehabilitációs szakorvos legyen
2. Rehabilitációs szakorvos létszám (beleértve a törzsképzését már teljesített, illetve a ráépített képzésben résztvevő szakorvosjelöltet*)	1 FTE** vagy több/50 ágy	0,75 vagy több, de kevesebb, mint 1 FTE**/50 ágy	kevesebb, mint 0,75 FTE**/50 ágy
3. Orvos létszám összesen (beleértve az 1. és a 2. pontban megnevezetteket)	20 ágyig 1 FTE**	25 ágyig 1 FTE**	30 ágyig 1 FTE**
	minden osztályon további 30 ágyanként 1 FTE**		
4/A. Összes, az adott osztály rehabilitációs profiljának megfelelő rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó***	> 1 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy	0,6-1 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy	< 0,6 összes, a rehabilitációs szaktevékenységben résztvevő szakdolgozó/5 ágy
4/B. Mozgásszervi, neurológiai, illetve stroke rehabilitáció esetén a 4/A. pontban megnevezett összes szakdolgozó közül a gyógytornászok létszáma	> 0,6 gyógytornász/5 ágy	0,4-0,6 gyógytornász/5 ágy	< 0,4 gyógytornász/5 ágy
5. Átlagos ápolási idő	18 napnál több	16-18 nap	11-15 nap
6. Éves halálozás	5% alatt	5% alatt	5% alatt

\* A rehabilitációs szakorvosjelöltek 0,5 FTE-ként számolhatók be.

\*\* FTE = teljes 40 órás munkaidőre számított heti munkaidő aránya.

\*\*\* 4/A. pont szerinti szakdolgozónak minősül: dietetikus, egészségnevelő, ergoterapeuta, gyógytestnevelő, gyógytornász, humánkineziológus, konduktor, logopédus, mentálhigiénikus, pszichológus, szociális munkás, szociálpedagógus, szomatopedagógus, egyéb gyógytornász, fizioterápiás szakasszisztens, kardiológiai szakasszisztens a kardiológiai és légzés rehabilitáció esetében, diabetológiai szakasszisztens a belgyógyászati és gastroenterológiai rehabilitáció esetében, stomaterápiás nővér a gastroenterológiai rehabilitáció esetében.

\*\*\*\* Az igazolt 5 éves szakmai gyakorlat a szakvizsga megszerzésétől számított idő, illetve rehabilitációs osztályon folytatott szakmai tevékenység alapján állapítható meg.

Az egyes rehabilitációs osztályoknak a fenti feltételek teljesítése alapján történő minősítése a következők szerint alakul:

Feltétel	minősítés	1. Osztályvezető	2. Rehabilitációs szakorvos létszám	3. Orvos létszám összesen	4/A. + 4/B. Összes szakdolgozó létszám	5. Átlagos ápolási idő	6. Éves halálozás
	A	A	A	A	A	A,B	A
	A	A	A	A	B	A	A
	A	A	B	A	A	A	A
	B	A,B	A	A,B	A	A,B	B
	B	A,B	A	A,B	B	A	B
	B	A,B	B	A,B	A	A	B
	B	A,B	A	B	A	A,B	A,B
	B	A,B	A	B	B	A	A,B
	B	A,B	B	B	A	A	A,B
	B	B	A	A,B	A	A,B	A,B
	B	B	A	A,B	B	A	A,B
	B	B	B	A,B	A	A	A,B
	B	A,B	A	A,B	A	C	A,B
	B	A,B	A	A,B	B	B,C	A,B
	B	A,B	B	A,B	A	B,C	A,B
	B	A,B	B	A,B	B	A,B	A,B
	B	A,B	A	A,B	C	A,B	A,B
	B	A,B	C	A,B	A	A,B	A,B

Megjegyzés:

Amennyiben a rehabilitációs osztály a fentiek szerinti „A” vagy „B” minősítésnek nem felel meg, az a „C” Minősítés nélküli rehabilitációba sorolandó.

A halálozás és az átlagos ápolási idő tekintetében az október 1. és szeptember 30. közötti időszak tekintendő a finanszírozási év adatának.”

6. melléklet a /2010. ( . ) Korm. rendelethez

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 12. számú mellékletében a táblázat helyébe a következő táblázat lép:

***\_(SZAKÁPOLÓI, SZAKIRÁNYÚ TERÁPIÁS VIZITEK FINANSZÍROZÁSA***

*A) A vizitdíj megállapítása a betegellátás típusa, valamint a beteg önellátó képessége szerint)*

„ A beteg önellátó képességének foka	Szakápolási ellátás	
	elrendelhető vizitek száma	
	1-14-ig	további
Teljes ápolást igénylő esetben	1,0	0,9
Részleges ápolást igénylő esetben	0,9	0,7
Önellátásra képes beteg esetében	0,8	0,5”

7. melléklet a /2010. ( . ) Korm. rendelethez

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 14. számú mellékletében a „Kitöltési útmutató” részében a „23. A beteg további sorsa” alpont a „C. folytató rekord következik” sora után a következő sorral egészül ki:

„N nagy értékű, országosan még nem elterjedt műtéti eljárás előtti ápolás lezárása”

8. melléklet a /2010. ( . ) Korm. rendelethez

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 15. számú melléklet 20. sorában az „Elszámolási nyilatkozat” szövegrész helyébe a „Beteg lakcíme (irányítószámmal)” szöveg lép.

9. melléklet a /2010. ( . ) Korm. rendelethez

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 26. számú mellékletében

a) a melléklet címében az „orvosbiológiai” szövegrész helyébe az „orvostudományi” szöveg,

- b) a mellékletben foglalt táblázat 3. sorában az „Orvosbiológiai” szövegrész helyébe az „Orvostudományi” szöveg és a 14. sorában az „orvosbiológiai” szövegrész helyébe az „orvostudományi” szöveg,
- c) a melléklet „Kitöltési útmutató” része
- ca) 3. alpontjának címében az „Orvosbiológiai” szövegrész helyébe az „Orvostudományi” szöveg,
- cb) 8. alpont F és G jelű sorában az „orvosbiológiai” szövegrész helyébe az „orvostudományi” szöveg,
- cc) 14. alpontjának címében az „orvosbiológiai” szövegrész helyébe az „orvostudományi” szöveg lép.

10. melléklet a .... /2010. ( . . ) Korm. rendelethez

„28. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

### **2011. évre vonatkozó TVK**

A. A járóbeteg-szakellátás - ideértve a CT-MRI vizsgálatokat is - 2010. november és 2011. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos TVK mértéke: 70 046 600 000 pontszám.

Ebből:

1. A folyamatos ellátás biztosítása, vagy egyéb ellátási érdekből az egészségügyért felelős miniszter által engedélyezett finanszírozás fedezetére szolgáló keret: 700 466 000 pontszám.
2. TVK növelésre felhasználható országos keret: 3 500 000 000 pontszám.

B. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás 2010. november és 2011. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos TVK mértéke: 2 046 028 súlyszám.

Ebből:

1. A folyamatos ellátás biztosítása, vagy egyéb ellátási érdekből az egészségügyért felelős miniszter által engedélyezett finanszírozás fedezetére szolgáló keret: 20 460 súlyszám.
2. A 2007. évi kapacitás-csökkentéssel összefüggő TVK növelésre szolgáló keret: 37 103 súlyszám.
3. A progresszív ellátással összefüggő TVK növelésre szolgáló keret: 37 000 súlyszám.
4. Egynapos ellátás fejlesztésére szolgáló TVK: 26 172 súlyszám.

C. A 2007. második félévi kapacitáscsökkentésből adódó TVK változás mértéke szerint TVK emelés aránya

2007. II. félévi kapacitás csökkenés miatti TVK változás mértéke	2011. évi TVK emelés aránya
40 % - 28%	5%
27,9 % -15%	4%

14,9 % – 10%	3%
9,9 % - 5 %	2%
4,9 % alatt	1 %

D. Az egyes ellátási formák 2011. évre vonatkozó országos szezonális indexe:

Hónap	Aktív fekvőbeteg-szakellátás	Járóbeteg-szakellátás
november	8,58%	8,26%
december	9,06%	7,10%
január	7,83%	7,77%
február	8,02%	7,97%
március	8,79%	9,40%
április	8,56%	9,54%
május	8,41%	9,38%
június	8,28%	8,82%
július	8,37%	8,63%
augusztus	7,38%	7,19%
szeptember	8,08%	7,91%
október	8,64%	8,03%

Szezonális index: tárgyév finanszírozási hónapjaira a szolgáltató által – az ellátási igények figyelembevételével - megállapított százalékindex, melynek értéke 10 százaléknál nagyobb mértékben nem haladhatja a tárgyév adott finanszírozási hónapjára vonatkozó országos szezonális index értékét, és a tizenkét havi összes érték nem térhet el a 100 százaléktól.

Országos szezonális index: tárgyévet megelőző finanszírozási évre vonatkozóan elszámolt éves és az egyes hónapok országos teljesítmény mennyiségének hányadosai.”

„28/A. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

**A progresszív és speciális feladatok ellátásával összefüggő aktív fekvőbeteg szakellátási TVK  
növelésre jogosult egészségügyi szolgáltatók**

<b>Egyetemek</b>		
<i>Megye</i>	<i>OEP kód</i>	<i>Szolgáltató megnevezése</i>
01	2912	Pécsi Tudományegyetem
05	2917	Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ
08	2894	Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum
20	2915	Semmelweis Egyetem
<b>Megyei kórházak</b>		
<i>Megye</i>	<i>OEP kód</i>	<i>Szolgáltató megnevezése</i>
02	1122	Kecskemét, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza
03	1248	Pándy Kálmán Megyei Kórház
04	1349	Miskolc, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház
06	1568	Fejér Megyei Szent György Kórház
07	1640	Győr, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház
08	K506	Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Debrecen
09	M245	Eger, Markhot Ferenc Kórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft.
10	1876	Tatabánya, Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza
11	1928	Salgótarján, Szent Lázár Megyei Kórház.
12	2010	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház
13	2137	Kaposvár, Kaposi Mór Oktató Kórház
14	M289	Nyíregyháza, Jósa András Oktató Kórház Nonprofit Kft.
15	2324	Szolnok, Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet
16	2425	Szekszárd, Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza
17	K472	Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt., Szentgotthárd
18	K676	Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt.
19	2734	Zala Megyei Kórház
<b>Országos intézetek</b>		
<i>Megye</i>	<i>OEP</i>	<i>Szolgáltató megnevezése</i>

	<i>kód</i>		
20	2896	Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet	
20	2897	Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet	
20	2903	Országos Idegtudományi Intézet	
20	2906	Országos Onkológiai Intézet	
20	2907	Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet	
20	2910	Országos Sportegészségügyi Intézet	
20	2913	Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet	
18	2893	Állami Szívkórház Balatonfüred	
09	2899	Mátrai Gyógyintézet	
<i>Megye</i>	<i>OEP kód</i>	<i>Szolgáltató megnevezése</i>	
20	K403	Honvédkórház	
<b>Szakkórházak</b>			
<i>Megye</i>	<i>OEP kód</i>	<i>Szolgáltató megnevezése</i>	
18	2601	Veszprém Megyei Önkormányzat Tüdőgyógyintézet, Farkasgyepű	
14	M291	Nagykálló, Sántha Kálmán Szakkórház Nonprofit Kft.	
12	2073	Tüdőgyógyintézet Törökbálint	
05	1484	Deszk, Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza	
20	2877	Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekórháza	
<b>Egyházi kórházak</b>			
<i>Megye</i>	<i>OEP kód</i>	<i>Szolgáltató megnevezése</i>	
20	2872	Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekórháza	Egyben szakkórház is
20	4026	MAZSIHISZ Szeretkórház	
20	6072	Budapesti Szent Ferenc Kórház	
20	C069	Budai Irgalmasrendi Kórház Közhasznú Nonprofit Kft.	



# R É S Z L E T E S   E L Ő T E R J E S Z T É S

## **Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. módosítása**

### **1.) „E” jelentés – adatátviteli vonalon történő jelentés kibővítése**

A Kr. 4. § (2) bekezdése alapján az egészségügyi szolgáltatók a finanszírozás alapjául szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról adatátviteli vonalon is szolgáltathatnak adatot, illetve küldhetnek jelentést a finanszírozónak, kísézőjegyzékkel.

Csak a fekvőbeteg-ellátásra vonatkozó jelentésre tartalmaz külön előírást, mely szerint a jelentést fokozott biztonságú elektronikus aláírással hitelesített, autentikus időbélyeget használó és rejtjelezéssel védett elektronikus rendszer útján kell megküldeni. A Kr. 6/E. § előírja, hogy a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatókkal a fenti rendszer szerinti adatszolgáltatásra szerződést kell kötni.

A házi orvosok, betegszállítók részéről is felmerült az adatátviteli vonalon történő adatszolgáltatás lehetőségének biztosítása iránti igény. A jelentés e formája azonban csak opcionális lehet, mert nem minden szolgáltató tudja teljes körűen teljesíteni a feltételeket. A fokozott biztonságú elektronikus aláírással hitelesített, autentikus időbélyeget használó és rejtjelezéssel védett elektronikus rendszer alkalmazásának követelményét sem tudják teljesíteni.

Az adatátviteli vonalon történő jelentés esetén a kísézőjegyzéket a szolgáltatók csak kinyomtatott formában tudják megküldeni, ami felesleges adminisztrációs terhet ró mind a szolgáltatókra, mind a jelentést fogadó finanszírozóra.

A fentiekre tekintettel - a technikai feltételek biztosítása mellett – módosul a Kr. 4. § (2) bekezdése, miszerint adatátviteli vonalon történő jelentés esetén a finanszírozó a befogadott jelentésről az adott ellátási forma szerinti kísézőjegyzéknek megfelelő adattartalmú visszaigazolást küld adatátviteli vonalon. Fekvőbeteg-ellátás esetén ez a visszajelzés a jelentési rendszerből adódóan megtörténik.

A fekvőbeteg-szakellátás során nyújtott ellátásokról a jelentést az OEP részére továbbra is fokozott biztonságú elektronikus aláírással hitelesített, autentikus időbélyeget használó és rejtjelezéssel védett elektronikus rendszer útján kell megküldeni. Az „E” jelentés küldés a fekvőbeteg-szakellátó szolgáltatókon kívüli kör részére csak egy lehetőség, amivel mindazon szolgáltatók élhetnek, akik rendelkeznek a technikai feltételekkel.

### **2.) A jogviszony ellenőrzés elmulasztása szankciója felső limitjének meghatározása**

A szakellátás és a fogászati alapellátás területén a jogviszony ellenőrzés elmaradása szankciójának felső értéke meghatározásra kerül 1000 forint összegben.

### **3.) A finanszírozási szerződés megszűnése esetén a finanszírozás szabályai**

A Kr. 6/C. §-a szabályozza a finanszírozási szerződés megszűnését megelőzően nyújtott teljesítmények elszámolása alapján járó finanszírozási összeg utalásának rendjét.

Korábban a folyamatosan működő intézetek esetében a szolgáltató személyének váltásakor a feladatot átadó önkormányzat, mint az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv és a feladatot átvállaló szolgáltató/fenntartó közötti megállapodás szerint történt a teljesítéshez képest kettő, illetve három hónappal később elszámolt teljesítménydíj utalása. Ezen esetekben a további szolgáltató váltásnál a korábbi megállapodás szerinti finanszírozás jogvitát okoz.

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 34. § (2) bekezdésének elmúlt évi módosításával meghatározásra került a finanszírozás alapszabálya, mely szerint „az egészségügyi szolgáltató legfeljebb annyi havi finanszírozásra lehet jogosult, ahány hónapig a hatályos szerződése alapján szolgáltatást nyújtott”. Ennek szem előtt tartásával kerül módosításra a 6/C. §. A szabályozással elérni kíván cél az, hogy feladat-átadás esetén a feladatot átvállaló szolgáltató, az ellátás, illetve működés folyamatossága érdekében megkaphassa azt a finanszírozási összeget, amire az Ebtv. 34. § (2) bekezdése alapján az „előd” szolgáltató, akinek a szerződése megszűnt, az általa mért teljesítmény alapján már nem jogosult. Ez a helyzet abból adódik, hogy az „előd” szolgáltató már a működésének első hónapjától olyan finanszírozásban részesült, amely nem a saját teljesítményén alapult. Alapvető cél tehát, hogy az OEP által finanszírozott feladatok, szolgáltatások működése folyamatos legyen, hiszen feladat-átadás esetén csak a szolgáltató személye változik.

A finanszírozási szerződés megszűnik, ha a szolgáltató akár jogutód, akár jogutód nélkül megszűnik. Az Ebtv. 34. § (2) bekezdése alapján, ha a szolgáltató a megszűnésig kevesebb havi finanszírozást kapott, mint amennyi hónapig szolgáltatást nyújtott, akkor a törvényi szabály alapján még a megszűnését követően is jogosult a hiányzó hónapok finanszírozására. Ezek az esetek a Kr-ben további szabályozást nem igényelnek.

#### **4.) Fogászati ellátásokra vonatkozó módosítások**

- A Kr. 22. § (2) bekezdése határozza meg, hogy mely minisztérium által fenntartott, „vagy a feladatellátásra szervezett” fogászati ellátást biztosító egészségügyi szolgáltatóval, mennyi szolgálatra lehet finanszírozási szerződést kötni.

- A Kr. 23. § (5) bekezdése értelmében az egy éven túl helyettesítéssel ellátott területi ellátási kötelezettséggel alapellátást nyújtó fogorvosi szolgálatok esetén a szolgáltatók az alapdíj 60%-ára jogosultak. Nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgáltató a praxis ellátására a teljes rendelési időben másik szakorvost foglalkoztat.

Tényleges helyettesítésről csak a területi ellátási kötelezettségű (a továbbiakban: TEK) alapellátásban beszélünk. Területi kötelezettség nélküli szolgálat esetén, ha új/másik orvos lép az előző helyébe, akkor az orvos cserének minősül. Ennek megfelelően jogosult a fix díjazásra.

Szakellátás esetén, ha 30 órás szervezeti egységen 15 órában dolgozik egy másik orvos, akkor az orvos számára a váltás hónapjától csak a 15 órának megfelelő alapdíj fizethető.

TEK nélküli alapellátás esetében is célszerű lenne ezt követni. Mivel a TEK nélküli szolgálatok esetében az ellátottak egyébként létszám tekintetében megjelennek egy TEK-es alapellátási körzetben, a TEK nélkülinél sem beszélhetünk helyettesítésről, hanem orvos cseréről.

Fentiek miatt a hivatkozott bekezdés módosítása szükséges, annak érdekében, hogy csak TEK-es alapellátási szolgálatokra vonatkozzon az 1 éven túli helyettesítésre járó 60%-os alapdíj.

- A Kr. 23. § (12) bekezdése alapján rezidens alkalmazása esetén a fogászati beavatkozásokra meghatározott minimumidők alkalmazásával a teljesítmény-elszámolás jelöntenként 50%-kal növelt havi rendelési idő figyelembevételével történik. Egy rezidens legfeljebb egy szolgálatnál, illetve szakrendelésen folytathat elszámolható tevékenységet.

Előfordult, hogy csak tört rendelési időben kívánták foglalkoztatni a rezidens, ezért szükséges a szabályozás kiegészítése azzal, hogy a növelt rendelési idő a finanszírozott szervezeti egységnél csak teljes rendelési időben történő foglalkoztatás esetén kerül figyelembevételre.

#### **5.) A teljesítmények elszámolási időszakának módosítása**

A járóbeteg- és a fekvőbeteg szakellátás esetében 2010. évben megtörtént a háromhavi elszámolási időszakról 2 havira történő átállás. Az elszámolási időszak egységesítése indokolt a fogászati és az otthoni szakápolásra kiterjedően is.

#### **6.) A TVK éves kereteinek havi bontására (szezonális index) vonatkozó szabály módosítása**

A 2011. évi TVK megállapításához indokolt a bázisidőszakot aktualizálni. Indokolt továbbá, hogy a szolgáltatók az éves keretük havi bontását a saját intézményükre jellemző ellátási igények figyelembevételével maguk határozhassák meg azzal, hogy a szezonális index évközi módosítására nincs lehetőség.

#### **A 2011. évi országos TVK mennyiség meghatározása**

##### **Járóbeteg-szakellátás finanszírozásában tervezett 2011. évi változások**

1. Az eddigi merev TVK rendszert az alábbi lépcsős degresszió bevezetésével tervezzük enyhíteni:
  - a. a TVK fölötti teljesítményt 10%-os túllépésig 30%-ig kerül finanszírozásra,
  - b. a TVK fölötti teljesítményt 10-20% közötti túllépésig 20%-ig kerül finanszírozásra.A degresszió bevezetésével elérni kívánt cél: a várólisták csökkenése, hiszen ezzel a finanszírozással ezeknek az ellátásoknak a változó költségére jut fedezet.
2. A korábbi évek gyakorlatától eltérően 2011. évre a járóbeteg-szakellátásban csak 1%-os miniszteri keret megtartását tartjuk indokoltnak.
3. Az intézmények 2011. évi TVK-jának alapja a 2010. évre az egyes szolgáltatók számára megállapított és szintre hozott, miniszteri tartalékkeretből megítélt többlet nélküli, éves TVK keret. (Összesen: 70 046 600 000 pont)
4. A 4. pont szerinti TVK növelésére 3 500 000 000 pont áll rendelkezésre, amely a 2010. évi (2009. november – 2010. október) teljesítmények alapján arányosítással kerül felosztásra, az alábbi szabályok szerint:
  - a. 3 500 000 000 pont összegű TVK többlet 35%-a az önálló, legalább 4 szakmában szolgáltatásokat nyújtó, aktív fekvőbeteg szakellátó intézményhez nem integrált és legalább heti 100 óra kapacitással rendelkező járóbeteg-szakellátók között a bázis időszak teljesítmények arányában kerül szétosztásra.
  - b. Az a. pontban nem érintett szolgáltatók számára a TVK többlet 65%-a osztható föl a bázis időszak teljesítményeinek arányában.

##### **Fekvőbeteg- ellátás finanszírozásában tervezett 2011. évi változások**

1. Az eddigi merev TVK rendszert az alábbi degresszió bevezetésével tervezzük enyhíteni:

A szolgáltatók részére megállapított TVK túllépése esetén a TVK feletti teljesítmény 10%-áig az alapdíj 30%-ával kerül finanszírozásra.

A degresszió bevezetésével elérni kívánt cél: a várólisták csökkenése, hiszen ezzel a finanszírozással ezeknek az ellátásoknak a változó költségére jut fedezet.

2. A sürgősségi betegellátás fixdíjának emelését elengedhetetlennek tartjuk, ettől a fekvőbeteg-ellátás teljesítményének csökkenését várjuk. (Jelen előterjesztésnek a fixdíj emelés nem képezi részét, mivel azt az R. 16. számú melléklete szabályozza.).
3. A korábbi évek gyakorlatától eltérően 2011. évre a fekvőbeteg-szakellátásban 1%-os miniszteri keret megtartását tartjuk indokoltnak.
4. Az intézmények 2011. évi TVK-jának alapja a 2010. évre az egyes szolgáltatók számára megállapított és szintre hozott, valamint a miniszteri tartalékkeretből megítélt többlet nélküli, éves TVK (összesen 2 046 028 súlyszám). A TVK növelésének felosztására az alábbi szabályokat kell alkalmazni:
  - a. A 2007. április 1-jén bevezetett kapacitás csökkentéshez kapcsolódó TVK elvonás mértékének arányában TVK emelésben részesülnek azon szolgáltatók, amelyek számára 2011. évre az aktív fekvőbeteg szakellátásban TVK került megállapításra. E szolgáltatói kör számára 37 103,45 súlyszám kerül felosztásra az alábbi kategóriák szerinti súlyozással:

<b>2007. II. FÉLÉVI KAPACITÁS CSÖKKENÉS MIATTI VÁLTOZÁS MÉRTÉKE</b>	<b>2011. ÉVI TVK EMELÉS ARÁNYA</b>
<b>40% - 28%</b>	<b>5%</b>
<b>27,9% -15%</b>	<b>4%</b>
<b>14,9% – 10%</b>	<b>3%</b>
<b>9,9% - 5 %</b>	<b>2%</b>
<b>4,9% -ALATT</b>	<b>1%</b>

A megállapított TVK többlet szolgáltatónkénti összegét a rendelkezésre álló keret mértékéhez arányosítva korrigálni kell. A 2007. II. félévi TVK csökkentésre vonatkozó adatokat és az érintett szolgáltatók körét az OEP a honlapján közzéteszi.

- b. 37 000 súlyszám növekmény a megyei kórházak, egyetemek, országos intézetek, egyházi kórházak és szakkórházak között a 2010. évre megállapított TVK-juk arányában kerül szétosztásra, amennyiben a szolgáltató 2010. finanszírozási évre jelentett és elszámolható teljesítménye legalább 2 százalékkal meghaladja a 2010. évre vonatkozó TVK keretét.
- c. 26 172 súlyszám az R. 9. számú mellékletében meghatározott egynapos beavatkozások fejlesztésére szolgál. A megállapított keretből TVK növekményben részesülhetnek az aktív fekvőbeteg-ellátást végző intézmények az egynaposban ellátható bázis teljesítmény 20%-ának megfelelő értékben. Azok a szolgáltatók, amelyeknél a TVK növekmény alapjául szolgáló egynaposként ellátható bázis teljesítmény nem éri el az évi 100 súlyszámot, nem részesülnek ebből a keretből.

A többlet TVK csak egynapos tevékenységre használható fel. A TVK növekmény egynapos ellátásra történő felhasználását az OEP negyedévente ellenőrzi, amennyiben a többlet időarányosan nem került felhasználásra, akkor az OEP javaslatot tesz az egészségügyért felelős miniszternek a fel nem használt TVK átcsoportosítására.

A miniszter az OEP kezdeményezésére felülvizsgálhatja az egynapos keretek felhasználását, indokolt esetben az elvárt szintet meghaladó többlet teljesítményt teljesítők között a fel nem használt mennyiséget újraoszthatja.

A bázisidőszakban egynapos formában ellátható, illetve ellátott szolgáltatónkénti teljesítmény adatokat az OEP a honlapján közzéteszi.

#### **7.) A molekuláris diagnosztikai vizsgálatok (PCR) finanszírozási kereteinek megállapítása**

A hatályos rendelkezés szerint az R. 2. számú mellékletében külön jelzéssel ellátott molekuláris diagnosztikai vizsgálatokra az egészségügyért felelős miniszter által meghatározott keret mértékéig lehet szerződést kötni. Indokolt a miniszter által tárgyévre meghatározott országos PCR keret terhére a szolgáltatói keretek meghatározásának pontosító szabályozása.

#### **8.) Az otthoni szakápolás éves előirányzatán alapuló vizitkapacitás megyék közötti felosztása**

A hatályos szabályozás szerint az otthoni szakápolás és az otthoni hospice ellátás éves költségvetési keretét az OEP-nek a megyék között lakosságszám arányában fel kell osztani és a REP-ek e keretek és az érvényes vizitdíj, illetve napidíj alapján évente megállapítják a szolgáltatók tárgyévre érvényes normatív (finanszírozható) kapacitását, szintén az ellátandó lakosságszám arányában.

Ezen felosztási elv alapján a kistelepülésekre az alacsony lakosságszám miatt rendkívül kevés kapacitás állapítható meg, ezért a szolgáltatók nem érdekeltek az ellátásuk felvállalásában. Megfigyelhető, hogy a rendelkezésükre álló vizitkapacitást is általában – a kedvezőbb munkakörülmények miatt – városokban végzett ellátásokra használják fel.

A szolgáltatói érdekelttség és a kistelepüléseken lakók ellátáshoz való hozzáféréseinek javítása érdekében javasoljuk, hogy a költségvetési keret felosztásánál és a szolgáltatói vizitkeret megállapításánál az 5 000 fő alatti lakosságszámú települések lakosságszáma nagyobb arányban, 130%-kal kerüljön figyelembe vételre.

#### **9.) Nagy értékű, országosan nem elterjedt műtéti eljárásokkal összefüggő ellátások elszámolása**

A nagy értékű, országosan nem elterjedt műtéti eljárások esetében szükséges szabályozni azok kapcsolatát a megelőző és a követő kórházi ellátási eseményekkel. Az elszámolás módját is szükséges szabályozni.

Javasolt, hogy a tételesen finanszírozott nagy értékű, országosan még nem elterjedt műtéti beavatkozással, eljárással összefüggő ellátás kivételt képezzen és ezen esetekben két finanszírozási eset legyen elszámolható, amennyiben a kórházi felvétel és a nagy értékű beavatkozás, eljárás elvégzésének időpontja között meghatározott ápolási napnál hosszabb idő telt el. Ebben az esetben a nagy értékű beavatkozás, illetve eljárás, valamint az azt megelőző ellátás önálló finanszírozási esetként számolható el az elszámolási szabályok figyelembe vételével.

#### **10.) Járóbeteg-szakrendelés keretében végezhető nappali ellátás finanszírozása pontosítása**

A járóbeteg-szakellátás fejlesztését, az aktív fekvőbeteg ellátás kiváltását célzó TIOP és ROP című pályázati konstrukciókban 2007-2008. évben előzetesen olyan új ellátási formákra is történt (nappali és kúraszerű ellátás) többletkapacitás befogadás, amely ellátási forma járóbeteg-szakellátási rendszer szerinti finanszírozásának szabályozottságát és szakmai feltételeit az erre irányuló törekvések ellenére sem sikerült megnyugtatóan rendezni.

Az előzetes befogadás általában súlyszám mennyiség meghatározásával történt, de előfordul, hogy ápolási nap/év keretszámmal került meghatározásra a befogadott teljesítmény mennyisége.

A járóbeteg-szakellátási rendszer szerinti finanszírozható nappali ellátások, kúraszerű ellátások finanszírozási szabályozásának első lépéseként a Kr. 2010. május 15-ei hatállyal történt módosítása szerint az előzetesen befogadott (TIOP, ROP) nappali és kúraszerű ellátásra szerződött járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató részére - a finanszírozási szerződésben meghatározott szolgáltatás, illetve teljesítmény mennyiség mértékéig, a (11) bekezdésben foglalt alkalmazásával - az R.-ben meghatározott nappali, illetve kúraszerű ellátások számolhatók el, azaz aktív fekvőbeteg háttér mellett ambulánsan végezhető kúraszerű ellátások közül az infúziós kúrák jelenthetők.

A járóbeteg-szakellátás keretében végezhető nappali ellátások az R-ben jelenleg HBCs-ben számolhatók el.

Tekintettel arra, hogy ezen ellátási forma a járóbeteg-szakellátás része, javasolt, hogy a fekvőbeteg-szakellátásban használt HBCs elszámolás helyett a nappali ellátási formában végezhető tevékenységek (OENO) kerüljenek mielőbb meghatározásra a hozzájuk rendelt pontértékekkel együtt. Ennek megfelelően az uniós pályázatokkal összefüggésben előzetesen befogadott, járóbeteg-szakellátás keretében végezhető nappali ellátások súlyszám és ápolási nap/év keretszámait értékarányosan járóbeteg pontértékre szükséges átváltani. Mindezeket részletesen az R-ben szükséges megjeleníteni.

A későbbiekben szükséges finanszírozás szempontjából meghatározni a fekvőbeteg szakellátás keretében végezhető nappali kórházi ellátás, kúraszerű ellátás, egynapos sebészeti ellátás fogalmát.

A Járóbeteg Szabálykönyv orvosszakmai szabályokat is tartalmaz, mivel az eljárásoknak a lényege is a Szabálykönyvben kerül leírásra. A Szabálykönyv tartalmazza továbbá a szakmai kompetenciákat is, ami meghatározza, hogy mely szakma végezheti az adott eljárást.

A pályázatok során befogadott járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók által végezhető nappali és kúraszerű tevékenységek szakmai tartalma is Szabálykönyvben kerül majd meghatározásra.

A fekvőbeteg szakellátáshoz kapcsolódó Besorolási Kézikönyvben kerül felsorolásra, hogy az adott HBCs, mely betegségekben, mely eljárások elvégzése esetén számolható el, így ezek is fontos szakmai szabályok, és a finanszírozási elszámolásoknál is nélkülözhetetlenek.

#### **11.) A gyógyító-megelőző ellátások jogcímen belüli előirányzatainak módosítása**

A költségvetési törvény a jogcímek közötti előirányzat átcsoportosítására az egészségügyért és az államháztartásért felelős minisztereket hatalmazza fel.

Az egyes jogcímek előirányzatainak ellátási formákra történő bontását a Kr. 5. számú melléklete tartalmazza. A Kr. 49. §-a szerint az ellátási formákra külön soron feltüntetett előirányzatok jogcímenként együttesen is kezelhetők. Az együttes kezelés csak az ellátási formák előirányzatai közötti átcsoportosítással érvényesíthető.

Az egyes jogcímekhez tartozó ellátási formák közötti átcsoportosítás - az OEP főigazgatója javaslatára - az egészségbiztosításért felelős miniszter hatásköre lesz.

#### **12.) 5., 8., 8/A. és 28 számú melléklet cseréje, új 28/A. számú melléklet**

- A 2011-re vonatkozó költségvetési törvény alapján a 2011. évi költségvetési előirányzatok (Gyógyító-megelőző ellátások) 5. számú mellékletben történő kihirdetése érdekében az 5.

számú melléklet cserére kerül. A 2011-re vonatkozó költségvetési törvény alapján a gyógyító-megelőző ellátások kasszasoronkénti összegeit tartalmazó melléklet megjelentetése szükséges.

- A 8.számú mellékletben a legmagasabb szintű „A” minősítésű rehabilitációs ellátás szorzója 1,7-ről 1,8-ra, a központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak rehabilitációs ellátása szorzója 3,6-ról 3,8-ra emelkedik, a minőségi ellátás elismeréseként.
- Ezen osztályok szakmai besorolásának felülvizsgálata során merült fel, hogy a rehabilitációs szakmák egységes elbírálási elv alá essenek, emiatt javasolt a 8/A. számú melléklet kiegészítése azzal, hogy az „A” minősítésű rehabilitáció kritériumainál az osztályvezető esetében a meghatározás „Az igazolt öt éves szakmai gyakorlat a szakvizsga megszerzésétől számított idő, illetve rehabilitációs osztályon folytatott szakmai tevékenység alapján állapítható meg.” szövegrésszel egészüljön ki. Továbbá hiánypótlásként az éves halálozás tekintetében a „B” és „C” minőségi kategória is tartalmazza az 5% alatti meghatározást.
- A 2011. évi TVK megállapításához kapcsolódóan a 28. számú melléklet cserére kerül és új 28/A. melléklet kerül bevezetésre.

### **13.) 6/B. és 12. számú melléklet módosítása**

- A Kr. 6/A. melléklete a járóbeteg-szakellátás, míg a 6/B. melléklete a fogászati ellátás teljesítményjelentésének adattartalmát határozza meg. A két mellékletben meghatározott térítési kategóriák köre és elnevezésük eltér, ezért szükséges a 6/B. melléklet e szempontból történő módosítása.

- Az orvostudományi kutatás keretében nyújtott ellátások finanszírozási szabályai pontosításra kerülnek. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény és annak végrehajtási szabályai határozzák meg az orvostudományi kutatások szakmai keretszabályait, az orvostudományi kutatások finanszírozására vonatkozó keretszabályok az Ebtv.-ben vannak lefektetve. A Kr.-ben az orvostudományi kutatás keretében nyújtott ellátás finanszírozási szabályainak egyértelművé tétele szükséges. A módosítás további célja a Kr. szövegezésének a hatályos szabályozáshoz való igazítása. Ennek megfelelően módosul a Kr. 26/A § (3) bekezdése, valamint a 6/A., 6/B., 14., 26. számú melléklete.

- A Kr. 11. számú melléklete tartalmazza az otthoni szakápolói, szakirányú terapiás szolgáltatásokkal teljesített vizitek havi összesítő jelentésének adattartalmát, míg a 12. számú melléklet az ellátott beteg önellátó képességétől, és az ellátás típusától függő mértékű finanszírozási paramétereket (szorzószámokat). Javasolt a két melléklet közötti összhang megteremtése, ennek megfelelően a Kr. 12. számú melléklet A) pontjának módosítása.

### **14.) Az Egészségügyi Minisztérium és az egészségügyi miniszter, valamint, a többi minisztérium, illetve miniszter névváltozása miatt a vonatkozó szövegrészek módosítása szükséges.**

A fővárosi és megyei kormányhivatalokról, valamint a fővárosi és megyei kormányhivatalok kialakításával és területi integrációval összefüggő törvénymódosításokról szóló 2010. évi CXXVI. törvény alapján a regionális egészségbiztosítási pénztárak a fővárosi és megyei kormányhivatalok szakigazgatási szervei lesznek. Feladatuk átalakításra kerül. A finanszírozásra, a szerződés kötésre és az orvosszakmai ellenőrzésre vonatkozó feladatok az OEP-hez kerülnek, míg az állampolgárokat közvetlenül érintő pénzbeli ellátások, hatósági igazolások és utazási költségtérítés az egészségbiztosítási szakigazgatási szervek hatáskörébe kerülnek. Erre figyelemmel szükséges a hatáskörök rendezése a Kr.-ben is.

### **15.) Átfedéses ellátási esetek elszámolása**

A hatályos rendelkezés alapján hibásnak minősül a teljesítményjelentés adata, ha a fekvőbeteg-szakellátást igénybe vevő adatai azonos ellátási napon egyéb ellátási formában is jelentésre kerülnek. Az átfedéssel érintett tételek egyik ellátási formában sem számolhatók el, de javítani lehet azokat a finanszírozó által az átfedéses esetekről megküldött hibalista alapján.

A fekvőbeteg gyógyintézetben ellátott beteg az ellátás időszakában jellemzően a járóbeteg-szakellátásban és az otthoni szakápolásban jelenik meg. Az aktív fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmények részére teljes ápolási eset nem számolható el mindaddig, amíg például a járóbeteg-szakellátó nem javítja ki az adatát, amely alapján az átfedés megszűnik.

Az átfedéses esetek egy jelentős része abból adódik, hogy a járóbeteg-szakrendelők a 6-os térítési kategóriába tartozó számlázott eseteket is 1-es térítési kategóriában jelentik. A javítás nem érdekük, mivel már más szolgáltatóknak kiszámlázták az ellátást. Az átfedéses esetek adódhatnak abból is, hogy a fekvőbeteg-gyógyintézetek az elbocsátás dátumát nem a tényleges, hanem egy későbbi időpont szerint jelentik. Ebből adódóan a fekvőbeteg-gyógyintézeteket aránytalan szankció sújtja, mert a költséges, nagy értékű ápolási esetek után nem kaphatják meg a finanszírozást. Az eset addig nem számolható el, amíg maga az intézmény, vagy a járóbeteg-szakellátó, vagy az otthoni szakápoló szolgáltató nem javítja ki az adatát.

A hibajavításhoz gyakran az átfedéssel érintett szolgáltatók egyeztetése szükséges, amit a hibajavításra előírt határidőig nem tudnak lebonyolítani. Ezért indokolt a hibajavításra rendelkezésre álló határidő – de csak az átfedésekről megküldött hibalista alapján történő javításokra vonatkozóan – egy hónappal történő meghosszabbítása.

### **16.) Védőnő rész munkaidőben történő alkalmazása**

A települési önkormányzat által fenntartott oktatási intézményekben is lehetővé válik - a szakmai rendelet módosítását követően - hogy létszámarányosan napi 8 óránál kevesebb munkaidőben is alkalmazzanak védőnőt.

### **17.) Visszatérítési kötelezettség**

Ebtv. 37. §-ának várható módosítása miatt javasolt a TVK alapján finanszírozott ellátások esetében a visszatérítési kötelezettségre vonatkozó szabályozás pontosítása.

### **18.) Krónikus és ápolási osztályon történő ellátások finanszírozásának változása**

A krónikus ellátásban 2010. januárban bevezetett degressziós szabályok az ápolási osztályok esetében eltörlésre, míg a krónikus ellátások esetében enyhítésre kerülnek.

A 00015 kódszámú szakmai csoportba sorolt krónikus osztályról jelentett ápolási eset a felvétel hónapját követő hetedik hónaptól a 00001 kódszámú ápolási tevékenység szakmai szorzójának alkalmazásával számolható el az eddigi negyedik hónap helyett. Az *e) pontban* meghatározott kivételek továbbra is megmaradnak.

### **19.) 100 %-os ágykihasználtság szabálya alóli mentesítés**

A koraszülöttek intenzív ellátását biztosító osztályok mentesülnek a 100%-os ágykihasználtsági szabály alól – a koraszülöttek ellátásának mindenkori biztosítása érdekében.

### **20.) A CT/MRI jelentési rekordkép kiegészítése az irányítószámmal**



Az igénybevétel területi és területen kívüli megoszlásának követéséhez javasolt a 15. számú melléklet - CT/MRI jelentés adattartalma - jelentési rekordképének az irányítószámmal történő kiegészítése.

#### **21.) Az elszámolási nyilatkozatra vonatkozó adatszolgáltatás megszüntetése**

Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló T/1668 számú tervezet szerint megszüntetésre kerül az egészségügyi szolgáltatók kötelező elszámolási nyilatkozat adási kötelezettsége. Ennek megfelelően módosítani szükséges Kr. 26/A. § (4) bekezdését, valamint az ambuláns adatlapra vonatkozó 6/A. számú, a fogorvosi ambuláns naplóra vonatkozó 6/B. számú, a kórházi (osztályos) ápolási esetre vonatkozó 14. számú, a tételes elszámolású eszközök és nagy értékű műtéti beavatkozások jelentésének adattartalmára vonatkozó 17. számú és a műveseállomások által végzett dialízis-kezelések jelentésének adattartamát meghatározó 18. számú mellékletet.

#### **22.) A járóbeteg-szakellátási teljesítmények elszámolásában a minimumidőre vonatkozó szabályozás összehangolásra kerül**

Az R. 2009. szeptember 1-től rendelkezik a járóbeteg-szakellátás egyes tevékenységeinek minimális ellátási idejéről, amely a finanszírozás során figyelembe vételre kerül. A Kr. egy esetre jutó átlagos ellátási időre vonatkozó rendelkezése ezáltal okafogyottá vált, továbbá a „járóbeteg-esetet”, mint „finanszírozási fogalmat az OEP nem használja, emiatt indokolt a 30. § (9) bekezdésének hatályon kívül helyezése.

#### **24.) A napi nyersanyagnormára vonatkozó rendelkezés áthelyezése**

A gyógyintézeti napi élelmezési nyersanyagnorma általános forgalmi adó nélküli összegének meghatározása átkerül az R-be. Összege öt évenként felülvizsgálatra kerül.

#### **25.) Krónikus kapacitáson aktív belgyógyászati ellátásra vonatkozó szabályozás megszüntetése**

A Kr. 24. számú mellékletében meghatározott 9 egészségügyi szolgáltató az Eftv. alapján kapott krónikus kapacitásuk legfeljebb 20 százalékan végzett aktív belgyógyászati szakellátás után kiegészítő díjazásban részesülhet. A kiegészítő díjazás alapja a 2006. évben elért, egy aktív ágyra vetített teljesítménydíj bevételeinek 20 százaléka, az aktív ellátásra is engedélyezett ágyszám figyelembevételével. A szabályozást a 2007. évi struktúra átalakítás tette szükségessé az érintett intézetek esetében. A szakmai feltételek meghatározása és vizsgálata nélkül a további kiegészítő díjazás fenntartása nem indokolt, ezért javasolt a szabályozás hatályon kívül helyezése.