

## 697/2020. (XII. 29.) Korm. rendelet

Hatályos: 2021.04.01 - 2021.04.01

### 697/2020. (XII. 29.) Korm. rendelet

#### 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 és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés *e*) pontjában kapott felhatalmazás alapján, az Alaptörvény 15. cikk (1) bekezdésében meghatározott 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: R.) 2. §-a a következő *t*) ponttal egészül ki:

*(E rendelet alkalmazásában)*

„*t*) *tervezett éves keret*: önálló elszámolási tételként elszámolható, jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek teljesítményértékeinek mennyisége, amelyre a szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a jelen rendeletben foglalt szabályok szerint jogosult.”

**2. §** Az R. a 4/B. §-t megelőzően a következő alcím címmel egészül ki:

#### „Várólista alapján nyújtható ellátások elszámolási szabályai”

**3. §** Az R. a következő 4/C–4/E. §-sal egészül ki:

„4/C. § (1) Az aktív fekvőbeteg-szakellátás vonatkozásában adathiánynak minősül, ha az Ebtv. 20. § (1) bekezdés *a*) pontja alapján teljesíthető fekvőbeteg-szakellátással kapcsolatosan a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet 2. § *h*) pontja szerinti országos várólista nyilvántartásban (a továbbiakban: országos várólista nyilvántartás) az egyeztetési időpontban a jelentett adathoz tartozó várólista nyilvántartási tétel hiányzik.

(2) A fekvőbeteg-szakellátás vonatkozásában adathibának minősül, ha a fekvőbeteg-szakellátás elszámolási szabályai szerinti jelentés hiánytalan és hibátlan, azonban a várólista nyilvántartási tétel adathibás, mivel a jelentett adathoz tartozó várólista nyilvántartási tételről az országos várólista nyilvántartási rendszerben az egyeztetési időpontban megállapítható, hogy

*a*) az elvégzett ellátást nem vezették ki a várakozási sorból,

*b*) az országos várólista nyilvántartás nem tartalmazza a kötelezően nyilvántartandó adatok teljes körét,

*c*) az adott ellátáshoz tartozó várólista nyilvántartási tétel bármely adata az egyeztetési időpontban nem felel meg a jogszabályban, valamint a kitöltési útmutatóban foglaltaknak.

(3) A NEAK az (1) bekezdés szerinti adathiány, illetve a (2) bekezdésben meghatározott adathiba által érintett nyilvántartási tételekről, valamint az érintett fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó adatokról hibalistát készít.

(4) Az (1) bekezdés szerinti adathiány, illetve a (2) bekezdés szerinti adathiba által érintett ellátások nem finanszírozhatóak mindaddig, amíg az adathiány, illetve az adathiba fennáll.

(5) Az (1) bekezdés szerinti adathiány megszüntetéséig, illetve a (2) bekezdés szerinti adathiba kijavításáig a szolgáltató tárgyhavi elszámolási összegét – az 5. § (1) bekezdésében foglaltak figyelembe vételével – az érintett esetek számának és a mindenkori alapidj 20%-ának szorzataként meghatározott összeggel csökkenteni kell. Ha az adathiány megszüntetése, illetve az adathiba kijavítása a tárgyhónapot követően sem történik meg, az adathiány megszüntetéséig, illetve az adathiba kijavításáig az érintett esetek számának és a mindenkori alapidj 20%-ának szorzatával egyező összeggel a szolgáltató havi finanszírozási díját csökkenteni kell.

(6) Ha a várólista nyilvántartási tétel ellátott esetként nyilvántartott, azonban az ellátás adata vagy részjelentése az aktuális elszámolási időszakban a teljesítmény-elszámolásra jelentett adatok között nem szerepel, akkor az (5) bekezdésben foglaltak alkalmazandóak, kivéve, ha a szolgáltatónál a teljesítmény-elszámolás keretében a folyamatban lévő ellátás jelentésére legalább részben sor került.

(7) Ha a várólistán hibásan közzétett nyilvántartási tétel bármely adata az országos várólista nyilvántartásba történt felvételt követően nem felelt meg a jogszabályban, valamint a kitöltési útmutatóban foglaltaknak és a rendszeresen elvégzett ellenőrzés alapján küldött első hibaüzenetet követő 10 munkanapon belül sem került sor a várólista nyilvántartási tétel adatának a kijavítására az országos várólista nyilvántartásban, akkor a tárgyhónapot követő hónaptól kezdődően a hiba kijavításáig a szolgáltató finanszírozását az (5) bekezdés szerint csökkenteni kell.

(8) Ha az (1) bekezdés szerinti adathiány, illetve a (2) bekezdés szerinti adathiba folyamatosan, a (3) bekezdés szerinti listára való felkerülését követő hetedik egyeztetési időpontban is fennáll, a NEAK az érintett tételeket – az (5) bekezdés szerinti szankció mellőzésével – véglegesen kivezeti a (3) bekezdés szerinti listáról. A kivezetett tételek finanszírozására nem kerül sor.

(9) A (4)–(7) és (10) bekezdésben foglaltakat nem kell alkalmazni a finanszírozási szerződés hatálybalépését követő két hónap teljesítményének elszámolása során.

(10) A várólistán hibásan ütemezett ellátások a (7) bekezdés szerinti hibával azonos elbírálás alá esnek, ezen ellátásokra az (5) bekezdés szerinti szankciót kell alkalmazni. E bekezdés alkalmazásában hibás az ütemezés, ha a várakozási listán nyilvántartott esetről – a szakmai ok miatti halasztással várakozók kivételével – az ütemezés ellenőrzésének időpontjában megállapítható, hogy az ütemezés

a) a lehetséges ellátási helyek kihagyásával történt, és

b) a tervezett ellátás időpontja legalább 14 nappal meghaladja az egészségügyi szolgáltatónál az esetre a hozzá tartozó intézményi várólistán kiadható legkorábbi tervezhető ellátási napot.

(11) A (10) bekezdés szerinti legkorábbi tervezhető ellátási nap meghatározása érdekében a tervezhető ellátási helyek számát úgy kell meghatározni, hogy ellátási naponként az ütemezhető

ellátások minimális esetszáma a finanszírozási tárgyévet megelőző év „1” térítési számú kategóriában elsámolt átlagos egy ellátási napra jutó esetszámának várólistánként a 35. számú mellékletben meghatározott százaléka legyen.

(12) Nem kell alkalmazni a (10) és (12) bekezdés szerinti szabályokat, ha az egészségügyi szolgáltató várólistáján a finanszírozási tárgyévet megelőző évben a tervezett várakozási idő nem haladta meg a 60 napot.

(13) Az Ebtv. 5/B. § u) pontja szerinti intézményi előjegyzési lista tekintetében az (1)–(9) bekezdésben foglaltakat alkalmazni kell.

4/D. § (1) Az 5. számú mellékletben a várólista csökkentés soron szereplő előirányzat (e § alkalmazásában a továbbiakban: előirányzat) felhasználásánál a fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó adatszolgáltatási és elsámolási szabályokat a (2)–(8) bekezdésben foglaltak figyelembevételével kell alkalmazni.

(2) A várólista csökkentési programba bevont szolgáltatók részére az előirányzat terhére az aktív fekvőbeteg-szakellátást végző szervezeti egységen végzett – a 14. számú mellékletben szereplő Térítési kategória mezőben megkülönböztető X térítési kategória jelzéssel jelentett – ellátásokra az alapidj 110%-ának és az elsámolható súlyszám szorzatának megfelelő finanszírozási díj számolható el, és az ellátás teljesítményét nem kell figyelembe venni a tárgyhavi teljesítmény számításában.

(3) A (2) bekezdésben foglaltakat a várólista csökkentési program kezdő időpontjában már a szolgáltató várólistáján nyilvántartott beteg részére végzett ellátás esetén a NEAK által megállapított keretösszeg mértékéig lehet alkalmazni.

(4) A (2) bekezdésben foglaltakat a várólista csökkentési program kezdő időpontjában még más szolgáltató várólistáján nyilvántartott, a várólista csökkentési programba bevont, átirányítással más szolgáltató várólistájára áthelyezett és az átirányítás szerinti szolgáltató által ellátott beteg részére végzett ellátás esetén az előirányzaton belül erre a célra országos szinten meghatározott keretösszeg mértékéig lehet alkalmazni, figyelembe véve az átadó szolgáltatóként a várólista csökkentési cél eléréséhez szükséges többlet ellátási igényt.

(5) A 40. § (7) bekezdésében foglaltak alkalmazásában a teljesített ápolási nap számítása során a (2) bekezdés szerinti ellátások ápolási napját nem kell beszámítani.

(6) A (2)–(4) és (5) bekezdésben foglaltak akkor alkalmazhatóak, ha a szolgáltató a 2013. november 1. és 2014. október 31. közötti időszakban a várólista csökkentéssel érintett várólistáihoz tartozó ellátásainak 1-es térítési kategóriával jelentett és elsámolt súlyszámot az adott várólista csökkentési programmal érintett tárgyidőszaki finanszírozási év kezdetétől a finanszírozási év végéig terjedő időszakban is teljesítette (a továbbiakban: bázis teljesítmény).

(7) Veszélyhelyzet vagy egészségügyi válsághelyzet miatt elhalasztott ellátások esetén a szolgáltató (6) bekezdés szerinti bázis teljesítményét a veszélyhelyzettel, vagy egészségügyi válsághelyzettel érintett finanszírozási évben a veszélyhelyzet vagy egészségügyi válsághelyzet időtartamával és mértékével arányosan csökkentve kell figyelembe venni.

(8) Ha a (6) bekezdés szerinti feltétel nem teljesül, a (2) bekezdés szerinti finanszírozási kedvezmények összegét a finanszírozási év lezárását követően a következő finanszírozási évben elszámolható finanszírozási összegből a NEAK utólagosan visszavonja.

4/E. § (1) Az 5. számú mellékletben várólista csökkentés soron szereplő előirányzat (e § alkalmazásában a továbbiakban: előirányzat) felhasználásánál a járóbeteg-szakellátásra vonatkozó adatszolgáltatási és elszámolási szabályokat a (2) bekezdésben foglaltak figyelembevételével kell alkalmazni.

(2) A várólista csökkentési programba bevont szolgáltatók részére a 4/D. § (3) és (4) bekezdése szerinti esetekre, az előirányzat terhére, a kapcsolódó járóbeteg-szakellátásban a beavatkozást megelőzően kivizsgálási céllal végzett ellátásokat – ide nem értve az 5. számú mellékletben meghatározott laboratóriumi ellátás előirányzat terhére elszámolható beavatkozásokat – a 6/A. és a 14. számú melléklet szerinti jelentésben a Térítési kategória mezőben megkülönböztető X térítési kategória jelzéssel kell jelenteni.”

**4. §** Az R. az 5. §-t megelőzően a következő alcím címmel egészül ki:

**„Jelentési szabályok”**

**5. §** Az R. 5. § (8) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(8) Az (1)–(3) és a (6) bekezdés szerinti ellátások elszámolása az elszámolásukkor érvényben lévő díj szerint történik.”

**6. §** Az R. az 5/C. §-t megelőzően a következő alcímmel egészül ki:

**„Elszámoláshoz kapcsolódó egyéb rendelkezések”**

**7. §** (1) Az R. 6. § (2) bekezdés *b)* pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

*(Egy teljesítményegység forintértéke:)*

„*b)* az *a)* pont hiányában az egészségügyért felelős miniszter és az államháztartásért felelős miniszter által kihirdetett alapidj,”

(2) Az R. 6. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(3) A NEAK a szolgáltató részére az (1) bekezdés szerinti díjat havonta, az államháztartásról szóló törvény és annak végrehajtási rendelete szerint utalványozza.”

**8. §** (1) Az R. 26. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(3) Ha a teljesített szolgáltatás jelentésére finanszírozási eljárásrend van érvényben, a szolgáltató a teljesítmény-jelentése során ennek alapján jelentheti a teljesítményét. A szolgáltató arról a szervezeti egységről jelentheti az ellátást elszámolásra, amely szervezeti egységén az ellátás történt.”

(2) Az R. 26. § (7) bekezdés helyébe a következő rendelkezés lép, és a § egyúttal a következő (8) bekezdéssel egészül ki:

„(7) Az R. 3/A. számú mellékletében szereplő S és T BNO ellátásokat 1,45 szorzó alkalmazásával kell finanszírozni.

(8) Ha az egészségügyi szolgáltató bármilyen térítési kategóriában nyújtott ellátásának díját az e rendeletben meghatározott szorzó alkalmazásával kell megállapítani, több szorzó együttes alkalmazhatósága esetén csak egyszeresen és a magasabb szorzó vehető figyelembe.”

**9. §** Az R. a 27. §-t megelőzően a következő alcím címmel egészül ki:

**„A tervezett éves keret megállapításának szabályai”**

**10. §** Az R. 27. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„27. § (1) A finanszírozási szerződésben minden ellátási forma tekintetében meghatározható a szolgáltató által nyújtható szolgáltatások köre, a tervezett éves keret, a teljesítés időbeli ütemezése, valamint a tervezett éves keret feletti ellátások köre. A járóbeteg-, és aktív fekvőbeteg-szakellátás, az általános anesztéziában végzett egynapos fogászati ellátás, az aktív fekvőbeteg-szakellátási háttérrel nem rendelkező önálló egynapos sebészeti ellátások (a továbbiakban: önálló egynapos ellátások), továbbá a molekuláris diagnosztikai vizsgálatok (PCR) és laboratóriumi ellátások, valamint a krónikus fekvőbeteg ellátás tervezett éves keretének finanszírozó általi megállapítása az e rendeletben foglaltak szerint történik.

(2) A finanszírozó minden év januárban honlapján közzéteszi a tárgyidőszakot megelőző finanszírozási év (november–október) adatai alapján meghatározott, az (1) bekezdésben nevesített ellátások tervezett éves keretét szolgáltatónkénti és ellátási formánkénti bontásban.

(3) A járóbeteg-szakellátásban és a molekuláris diagnosztikai, valamint az önálló egynapos ellátások és az általános anesztéziában végzett egynapos fogászati ellátást nyújtó szolgáltatók tervezett éves keretét a tárgyidőszakot megelőző finanszírozási évben (november–október) nyújtott ellátások képezik. Az egyes szolgáltatók tervezett éves keretének emelésére – az 5. számú mellékletben meghatározott előírászat emelése nélkül – csak abban az esetben van lehetőség, ha az adott ellátási formában a tárgyévét megelőző finanszírozási évben a szolgáltatók által nyújtott ellátások alapján számított tervezett éves keret erre lehetőséget biztosít az összes tervezett éves keret újraosztásával.

(4) Aktív fekvőbeteg-szakellátásban a tervezett éves keret mértékét szakmaspecifikusan, azaz szakmánként és betegségcsoportonként, az R. 3. számú melléklete szerinti betegségcsoportok szerint összesített egy esetre jutó országos átlagfinanszírozás mértéke alapján kell meghatározni, az egészségügyi szolgáltató által a tárgyidőszakot megelőző finanszírozási évben nyújtott teljesítménye alapján, mely teljesítményben az R. 4. számú melléklete szerinti meghatározott intézeti körben végezhető ellátások és a 99 Főcsoport nélküli homogén betegségcsoportokba tartozó ellátások a jelentett összszűlyszám szerint kerülnek figyelembevételre. Az egyes szolgáltatók tervezett éves keretének emelésére – az 5. számú mellékletben meghatározott előírászat emelése nélkül – csak abban az esetben van lehetőség, ha az adott ellátási formában a tárgyévét megelőző finanszírozási évben a szolgáltatók által nyújtott ellátások alapján számított tervezett éves keret erre lehetőséget biztosít az összes tervezett éves keret újraosztásával.

(5) A krónikus fekvőbeteg szakellátásban a 8. számú melléklet táblázatának 2. és 3. sorában foglalt ellátásai esetén az érintett szervezeti egységekre jutó tervezett éves keret mértékét a tárgyévét

megelőző év betegforgalma, ellátási napjai, a krónikus szorzók, valamint a krónikus alapdíj figyelembevételével kell meghatározni. A szolgáltató az előző évi teljesítménye alapján számított tervezett éves keretre jogosult a tárgyévben.

(6) Az (5) bekezdés szerinti krónikus fekvőbeteg szakellátás tervezett éves keretére az egészségügyi szolgáltatók az általuk nyújtott ellátási eseményektől függetlenül havonta jogosultak, azzal, hogy ha teljesítményük nem éri el a tervezett éves keret 80%-át, úgy a havi finanszírozás mértékét a teljesítményük alapján kell utalványozni.

(7) A tervezett éves keretek mértéke a tárgyidőszakot megelőző finanszírozási évben jelentett ellátások alapján csökkenthető. A molekuláris diagnosztikai vizsgálatok (PCR) esetén a 100% feletti tervezett éves keretkihasználtságot elérő egészségügyi szolgáltatók tervezett éves kerete nem csökkenhet.

(8) A finanszírozási évre vonatkozóan az egyes ellátási formákra – a mindenkor hatályos költségvetési törvény figyelembevételével – rendelkezésre álló tervezett éves kereteket a 28. számú melléklet összesítve tartalmazza. A tervezett éves keretet éves szinten, valamint időarányosan – az ellátási igények változásának figyelembevételével – havi bontásban kell meghatározni. A tárgyidőszakra vonatkozó tervezett éves keret bontását a 28. számú melléklet tartalmazza az egyes ellátási formákra meghatározott tárgyidőszakra vonatkozó országos szezonális index alapján.

(9) A tárgyidőszakra vonatkozó tervezett éves keret havi bontása a szolgáltató által megadott szezonális index alapján történik, azzal, hogy az egyes hónapra vonatkozó szezonális index nem haladhatja meg a havi országos szezonális index 20 százalékkal növelt vagy csökkentett mértékét, és a tizenkét havi összes százalékos index összege nem térhet el a 100 százaléktól. A szolgáltató a szezonális indexet évente egy alkalommal, a finanszírozónak a tárgyidőszakra vonatkozó tervezett éves keret értékéről szóló értesítése kézhezvételétől számított 15 napon belül határozhatja meg. Ha a szolgáltató nem határozza meg a szezonális indexét, a tervezett éves keret havi bontása a 28. számú mellékletben az egyes ellátási formákra meghatározott tárgyidőszakra vonatkozó országos szezonális index figyelembevételével történik.

(10) Az új finanszírozási évre vonatkozó tervezett éves keret megállapításáig – átmenetileg – a járó- és aktív fekvőbeteg-szakellátás, molekuláris diagnosztikai (PCR), önálló egynapos ellátási és általános anesztéziában végzett egynapos fogászati ellátási és a laboratóriumi ellátások, krónikus fekvőbeteg-szakellátás tervezett éves keretét a szolgáltató részére a finanszírozási évet megelőző finanszírozási év utolsó hónapjára meghatározott, miniszteri tartalék terhére biztosított növekmény nélküli tervezett éves keret (a továbbiakban: átmeneti tervezett éves keret) alapján kell megállapítani. A finanszírozási évet követő hónapokra vonatkozó havi tervezett éves keret meghatározásánál az átmeneti tervezett éves keretet úgy kell korrigálni, mintha az adott hónapra vonatkozó szezonális index egytizenkettő lett volna.

(11) A tárgyidőszakra vonatkozó tervezett éves keret megállapítása a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó,

a) a népegészségügyi program keretében jogszabály szerint végzett 42400 kódszámú mammográfiaszűrés és a 42700 kódszámú nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat,

b) a jogszabály szerinti újszülöttkori öröklődő anyagcsere-betegségek szűrése és a 42190 kódszámú újszülöttkori objektív hallásszűrés,

c) az R.-ben meghatározott 29700 kódszámú boncolás teljes belszervi vizsgálattal, a 29703 kódszámú boncolás problémaorientált, részleges belszervi vizsgálatokkal, a 29704 kódszámú boncolás mellőzésekor végzett tevékenység és a 29790 kódszámú boncolás utáni szövettani vizsgálat tevékenységek,

d) a 29/A. § (1) és (2) bekezdése szerinti vizsgálatok,

e) a 12611 kódszámú transztelefonikus EKG alkalmazása akut kardiális kórképekben mentési feladatok ellátása során tevékenység,

f) országosan szervezett, népegészségügyi célú, célzott vastag- és végbélszűréshez kapcsolódó 11045, 11303, 11050, 29001, 29003, 29004, 29005, 29006, 42151, 42750 kódszámú beavatkozások,

g) meddőségkezelési ellátásokhoz kapcsolódó 16640, 16641, 16642, 16643, 16644 kódszámú beavatkozások

kivételével történik.

(12) A tárgyidőszakra vonatkozó tervezett éves keret megállapítása a finanszírozási szempontból aktív fekvőbeteg-szakellátásnak minősülő

a) szülés mint esemény,

b) újszülöttek első ellátási eseményéért járó súlyszámérték azon része, amely a komplikációmentes 2499 g születési súly feletti újszülött ellátásáért elszámolható, ideértve az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátás keretében végzett, az újszülött 0–4 napos korban történő életkorhoz kötött szűrővizsgálatait is,

c) boncolás és

d) a 28/B. számú melléklet szerinti feltételekkel az ott meghatározott ellátások

kivételével történik.

(13) A (11) és (12) bekezdésben foglalt ellátásokat a finanszírozó az R.-ben meghatározott súlyszám- vagy pontérték szerint a szolgáltató teljesítményjelentése alapján számolja el.

(14) Ha az egészségügyi szolgáltató önálló egynapos sebészeti ellátásra vonatkozó finanszírozási szerződése megszűnik, a feladatára megállapított tervezett éves keretet az egészségügyért felelős miniszter egyidejű tájékoztatása mellett a finanszírozó év közben is szétszthatja az önálló egynapos sebészeti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók között.

(15) Intézményi összevonások esetén, ha az egyik intézmény aktív fekvőbeteg-szakellátásra nem, csak önálló egynapos ellátásra vonatkozóan rendelkezett finanszírozási szerződéssel, annak tervezett éves keretének mértékével a másik integrációval érintett egészségügyi szolgáltató aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó tervezett éves keretét kell növelni azzal, hogy ezen keret terhére a továbbiakban is kizárólag egynapos sebészeti tevékenység végezhető.

(16) A finanszírozó az önálló egynapos ellátásra vonatkozó tervezett éves keret megállapításainak szabályaitól eltérhet, ha az egészségügyi szolgáltató a minőségi mutatók – ideértve a szövődmények arányát is – alapján az önálló egynapos ellátásokra finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltatók országos átlagától eltér. Az eltéréshez az egészségügyért felelős miniszter jóváhagyása szükséges.

(17) A 29/A. § (1) bekezdése szerinti orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok esetében az országos keret a laboratóriumi ellátás 5. számú melléklet szerinti előirányzat összegének 70 százaléka alapján meghatározott mennyiség. Orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók részére a tárgyidőszakra vonatkozó tervezett éves keret az országos keret terhére az átmeneti tervezett éves keret megállapításának szabálya szerint a finanszírozási év első hónapjára megállapított keret arányában kerül megállapításra.

(18) A finanszírozó a többletkapacitás-befogadásokat, valamint az egyéb ellátási kötelezettségben bekövetkezett változásokat figyelembe véve a tárgyévet követő évben a tervezett éves keretet az esetszámok teljesülésének megfelelően korrigálja. A finanszírozó a honlapján szolgáltatónkénti bontásban közzétett minőségi mutatók alapján javaslatot tehet a tervezett éves keret módosítására. A finanszírozó a javaslatot az Országos Kórházi Főigazgatóság fenntartásában lévő szolgáltatók vonatkozásában az országos kórház-főigazgató részére, más szerv fenntartásában álló aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók vonatkozásában a fenntartó részére jóváhagyásra megküldi. A finanszírozó a tervezett éves kereteket az egészségügyért felelős miniszter egyetértését követően a honlapján közzéteszi.

(19) Ha a finanszírozó tudomására jut, hogy az egészségügyi szolgáltató a területi ellátási kötelezettségébe tartozó beteg ellátását megtagadta, kikéri az országos tisztifőorvos véleményét, amely alapján a finanszírozó az országos kórház-főigazgató, illetve más szerv fenntartásában álló szolgáltató esetén a fenntartó értesítésével az egészségügyi szolgáltató tervezett éves keretét esetenként járóbeteg-szakellátásban legalább 1, aktív fekvőbeteg-szakellátásban legalább 2 súlyszámnak megfelelő mértékkel csökkenti.”

**11. §** Az R. a 27/A. §-t megelőzően a következő alcímmel egészül ki:

**„Tervezett éves keret módosítása”**

**12. §** Az R. 27/A. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„27/A. § (1) A 27. § szerinti tervezett éves keretet módosítani kell:

a) az Eftv. és az Eftv. vhr. alapján engedélyezett, ellátási forma megváltozásával járó kapacitásátcsoportosítás esetén a kapacitásegységre jutó szakma szerinti országos átlag figyelembevételével,

b) az Eftv. és az Eftv. vhr. alapján történt többletkapacitás-befogadás esetén, kivéve a tervezett éves keret terhére történt többletkapacitás-befogadást,

c) az egészségügyi államigazgatási szerv által megállapított feladatváltozás esetén,

d) az ellátási terület Eftv. és az Eftv. vhr. alapján történő módosításával, kivéve, ha a felek az Eftv. 5/B. § (2) bekezdés a) pontja szerinti közös kérelmükben úgy rendelkeznek, hogy a tervezett éves

keret ne kerüljön módosításra, illetve ha a *b)* pont alapján az ellátási terület módosítására az Eftv. és az Eftv. vhr. alapján többletkapacitás-befogadással összefüggően történt, és ha a befogadás más egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettségét is érinti,

*e)* a finanszírozásra vonatkozó szabályok változásának teljesítményre és tervezett éves keretre gyakorolt hatásával, kivéve, ha jogszabály másként rendelkezik, vagy a finanszírozásra vonatkozó szabályok változáshoz többletforrás biztosítása nem társult,

*f)* a fenntartó jóváhagyása alapján a kihasználatlan tervezett éves keret fenntartásában lévő szolgáltatók közötti átcsoportosításával, a finanszírozó és a fenntartó között létrejött megállapodás alapján,

*g)* az Eftv. 2. § (3) bekezdése szerinti megállapodás, illetve szerződéskötés esetén.

(2) Az aktív fekvőbeteg-szakellátásra lekötött kapacitás krónikus fekvőbeteg-szakellátásra történő átcsoportosítása esetén az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó tervezett éves keretet az átcsoportosított krónikus kapacitásra jutó finanszírozási összeggel csökkenteni, és ezen finanszírozási összegnek megfelelő mértékben növelni kell a krónikus fekvőbeteg-szakellátás 5. számú melléklet szerinti előirányzatát.

(3) Az (1) bekezdés *b)* pontja szerinti módosítást igénylő kapacitásváltozás esetén annak módosítása az egy kapacitásegységre jutó szakma szerinti országos átlag alapján történik.

(4) Az (1) bekezdés szerinti módosítást igénylő feladatváltozás esetén – az egészségügyi államigazgatási szervnek a feladatváltozással érintett valamennyi szolgáltatóra vonatkozó döntése alapján – a finanszírozó a feladatra jutó tervezett éves keretet az egészségügyi államigazgatási szerv által engedélyezett szolgáltatásoknak a feladatváltozással érintett ellátási terület lakossága által módosítás évét megelőző finanszírozási évben történt igénybevétele alapján állapítja meg, és csoportosítja át a feladatváltozással érintett szolgáltatók tervezett éves kerete között.

(5) Az (1) bekezdés *g)* pontja szerinti módosítás a megállapodó, illetve szerződő felek erre vonatkozó külön megállapodása szerint történik. Külön megállapodás hiányában a feladatváltozással érintett szolgáltatók tervezett éves keretét a finanszírozó a megállapodás, illetve szerződés szerinti feladatra jutó mértékben módosítja.

(6) Ha az ellátási terület változása tervezett éves keret módosítását igényli, az átcsoportosítás az egészségügyi államigazgatási szervnek az ellátási terület változásával érintett valamennyi egészségügyi szolgáltatóra vonatkozó döntése alapján, a szolgáltatásoknak a változással érintett ellátási terület lakosai általi, a módosítás évét megelőző finanszírozási évben történt igénybevétele arányában történik.

(7) Ha a szolgáltató személyi, illetve tárgyi feltételek hiányában átmenetileg nem tudja teljesíteni a szerződésben vállalt ellátási kötelezettségét, a szolgáltató fenntartója a szolgáltatás nyújtását átmenetileg teljesítő szolgáltató fenntartójával megállapodik a finanszírozási keret átmeneti átcsoportosításában, illetve rendelkezik a saját fenntartásában lévő intézmények közötti átcsoportosításáról. Megállapodás, illetve fenntartói rendelkezés hiányában a finanszírozó a szerződésben vállalt ellátási kötelezettség teljesítésének elmaradásával érintett feladatra jutó finanszírozási keretet átcsoportosítja.

(8) Ha váratlan esemény vagy előre nem látható módon bekövetkezett ellátási szükséglet feladatnövekedéssel jár, az egészségügyért felelős miniszter az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével, az országos tisztifőorvos kérelme alapján a 28. számú melléklet szerinti tartalék terhére engedélyezheti az ennek megfelelő, országos alapidíjjal történő díjazás kifizetését. Ha a tartalékban meghatározott forrás túllépése szükséges, az egészségügyért felelős miniszter döntéséhez az államháztartásért felelős miniszter hozzájárulása szükséges.

(9) Az Eftv. 7. § (3) bekezdése szerinti kapacitás-átcsoportosítás abban az esetben jár – a 27. § (18) bekezdése szerinti eljárás keretében – tervezett éves keret átcsoportosítással, ha

a) az átcsoportosítással az adott egészségügyi szolgáltató érvényes finanszírozási szerződésében szereplő szakma megszűnik, a megszűnő szakmához tartozó ellátási területet ezután ellátó egészségügyi szolgáltató részére a feladatra jutó tervezett éves keretet megállapítása a (6) bekezdés alapján történik,

b) az átcsoportosítással az adott egészségügyi szolgáltató érvényes finanszírozási szerződésében az egészségügyi szolgáltatónál új szakma kerül kialakításra, és az egészségügyi szolgáltató fenntartója az e szakmához meghatározott ellátási területet korábban ellátó egészségügyi szolgáltató fenntartójával tervezett éves keret meghatározott részének átadásáról és annak mértékéről is megállapodik.

(10) A (9) bekezdés b) pontjában foglaltak irányadók arra az esetre is, amikor a járóbeteg-szakellátás ellátási szintjei között történik a területi ellátási kötelezettség módosítása.

(11) Nem kell módosítani a tervezett éves keretet abban az esetben, ha szünetelés miatt az egészségügyi államigazgatási szerv egy adott szakellátás vonatkozásában más egészségügyi szolgáltatót jelöl ki, és a kijelölés időtartama a 30 napot nem haladja meg.

(12) A (13) bekezdésben meghatározott eset kivételével a fenntartó kezdeményezheti a finanszírozónál a saját fenntartásában lévő egészségügyi szolgáltatók közötti tervezett éves keret átcsoportosítást.

(13) Ha a (12) bekezdés szerinti átcsoportosítással érintett, állami tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatók tekintetében a fenntartói jogokat nem ugyanaz a szerv gyakorolja, az állami tulajdonban lévő szolgáltatók közötti tervezett éves keret átcsoportosítást az egészségügyért felelős miniszter kezdeményezheti. Ha az átcsoportosítással érintett egészségügyi szolgáltatók valamelyikének tekintetében a fenntartói jogokat más gyakorolja, az állami tulajdonban lévő szolgáltatók közötti átcsoportosítást az egészségügyért felelős miniszter és a fenntartó közösen kezdeményezheti.”

**13. §** Az R. 28. § (1b) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1b) Ha a szolgáltató tárgyhónapra jelentett és elszámolható aktív fekvőbeteg-szakellátási teljesítménye – ide nem értve a 41/A. § (1) bekezdése szerinti elvi egynapos teljesítménymennyiség tárgyhónapra vonatkozó mértékét meghaladó teljesítményt, valamint a 27. § (11) bekezdése szerint elszámolt teljesítményt – meghaladja az (1) bekezdés szerint elszámolt teljesítményt, a finanszírozó legfeljebb 4 százalékos többleteljesítményt az alapidíj 25 százalékaival számol el.”

**14. §** Az R. 31. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„31. § (1) A finanszírozás az 5. számú melléklet szerinti összevont szakellátás előirányzata terhére történik. Az ellátások kódjait az R. tartalmazza.

(2) A társadalombiztosítási és szociális ellátásokkal kapcsolatos orvosszakértői tevékenység az R. 2. számú mellékletében meghatározott pontértékkel finanszírozható.”

**15. §** Az R. 32. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„32. § (1) A CT, MRI vizsgálatok elszámolására a szakellátás orvosának beutalása alapján kerülhet sor. A CT vagy MRI berendezés használatához kötött, az R. 2. számú mellékletében meghatározott beavatkozások finanszírozóhoz történő jelentése kizárólag a készülékkel rendelkező munkahely kódján történhet.

(2) A szolgáltató a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig megküldi a finanszírozónak a CT-MRI vizsgálatok teljesítményét a 15. számú melléklet szerinti adattartalommal.

(3) Nem számolható el járóbeteg-szakellátási teljesítményként az aktív fekvőbeteg osztályon kezelés alatt álló beteg részére nyújtott CT, MRI vizsgálat, ideértve az aktív fekvőbeteg ellátással összefüggésben a felvétel és az elbocsátás napján elvégzett vizsgálatot is.”

**16. §** Az R. a 33. §-t megelőzően a következő alcím címmel egészül ki:

### **„Betegszállítás”**

**17. §** (1) Az R. 35. § (8)–(11) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„(8) A NEAK az otthoni szakápolás végzésére jogosult szolgáltató szerződési ajánlatát 15 napon belül elbírálja, elfogadás esetén az erről küldött értesítést követően 7 napon belül – a rendelkezésre álló kereten belül – megkötö a finanszírozási szerződést. A szerződésben az elszámolható normatív vizitszám, illetve ellátási napok száma (a továbbiakban: kapacitás) – 3 havi bontásban – a szolgáltató ellátási területéhez tartozó települések lakosság száma alapján kerül meghatározásra. Negyedévre lekötött kapacitást a szolgáltató havi bontásban úgy használhatja fel, hogy egy hónapban a rendelkezésre álló keret legfeljebb 37%-át használhatja fel. A teljesítmény elszámolása havi bontásban történik. A finanszírozási szerződésben lekötött, illetve havonta elszámolt teljesítményt a NEAK háromhavonta felülvizsgálja, és a fel nem használt kapacitást átcsoportosítja oda, ahol arra igény jelentkezik. Negyedévente legfeljebb a három hónapra lekötött kapacitásnak és a tárgyévi időarányos kapacitásmaradvány 10%-ának megfelelő teljesítmény számolható el, ha az országos teljesítés a tárgyhónapban kevesebb, mint a havi előirányzat. A NEAK a következő évi szolgáltatói kapacitás megállapításánál az előző évi teljesítményt is figyelembe veszi.

(9) A finanszírozási szerződésben egy teljes szakápolói munkaidőre legfeljebb napi 8 vizit, szakirányú terápiás szolgáltatás esetén napi 8 vizit köthető le. A részmunkaidőben foglalkoztatott dolgozó munkaidejére időarányosan csökkentett kapacitás köthető le. A NEAK a teljesített viziteket csak abban az esetben finanszírozza, ha a szakápolás és a szakirányú tevékenységekre számított díjazás aránya nem haladja meg a finanszírozási szerződésben rögzített összes tevékenységre számított díj 70%-át.

(10) Az otthoni szakápolás keretében ápolási tevékenységek legfeljebb 14 vizitre, otthoni hospice ellátás legfeljebb 50 napra rendelhetőek el, amelyek ismételt orvosi vizsgálat alapján – új elrendelő

lap kitöltésével – az ápolás tevékenységek esetében az első elrendeléstől számított 12 hónapon belül további három, az otthoni hospice ellátás esetében mindösszesen további két alkalommal megismételhetők. Szakirányú rehabilitációs tevékenységek – a logopédia kivételével legfeljebb két hónapos időtartamú kúránként – legfeljebb 28 vizitre rendelhetőek el, amelyek az első elrendeléstől számított 12 hónapon belül egy alkalommal megismételhetőek, azzal, hogy a krónikus esetek rehabilitációs tevékenységei csak az akut megbetegedésben szenvedő betegek ellátását követően, a fennmaradó szabad kapacitás terhére láthatók el. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást követően ismételt ápolási, illetve szakirányú rehabilitációs tevékenységek új elrendelő lap kitöltésével rendelhetőek el. Ápolási tevékenységek újabb megbetegedés esetén 14 vizitre ismételten elrendelhetőek, amelyek orvosi vizsgálat alapján – új elrendelő lap kitöltésével – esetenként, az első elrendeléstől számított 12 hónapon belül további három alkalommal megismételhetők. Szakirányú tevékenységek újabb megbetegedés esetén 28 vizitre ismételten elrendelhetőek, amelyek orvosi vizsgálat alapján – új elrendelő lap kitöltésével – esetenként, az első elrendeléstől számított 12 hónapon belül további egy alkalommal megismételhetők. Az egy alkalomra elrendelt, az egyik naptári évről a következő naptári évre áthúzódó ellátást abba a naptári évbe tartozó ellátásnak kell tekinteni, amelyik évben az ellátás igénybevétele megkezdődött.

(11) Ha a beteg állapota szükségessé teszi, a háziorvos, a NEAK ellenőrző főorvosának egyetértésével, egyedileg meghatározott ápolási és szakirányú tevékenységekre egyaránt, további ellátást rendelhet el, ha a kapacitás a szolgáltatónál rendelkezésre áll.”

(2) Az R. 35. § (15) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(15) Az a szakápolási szolgáltató, aki telephelyén kívül vagy külterületen lakó biztosítottat lát el, a NEAK-kal kötött szerződés alapján területi pótlékra jogosult. A területi pótlék összege a (13) bekezdés szerinti alapdíj 10%-a. A (13) bekezdés szerinti díj 20%-ának megfelelő összegű területi pótlék illeti meg a szolgáltatót, ha 2000 főnél kisebb lakosságszámú településen történt a szakápolás, illetve az otthoni hospice ellátás. A NEAK a telephelyen kívüli településen végzett szakápolás esetén a területi pótlékot a szerződés szerinti havi keretösszegegen felül számolja el.”

**18. §** Az R. 36. § (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép, és a § egyúttal a következő (7) bekezdéssel egészül ki:

„(6) A rehabilitációs ellátást végző szervezeti egységek által nyújtott ellátásokat – ide nem értve a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat, valamint a 1804, 1806, 2301 és a 2303 szakmakóddal rendelkező osztályok ellátásait – a rehabilitációs ellátási programcsoportok kódolási szabályairól szóló rendelet alapján kell jelenteni.

(7) A rehabilitációs ellátást végző szervezeti egységek által nyújtott ellátások – ide nem értve a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat, valamint a 1804, 1806, 2301 és a 2303 szakmakóddal rendelkező osztályok ellátásait – csak abban az esetben finanszírozhatóak az E. Alap terhére, ha azok finanszírozó felé történő jelentése a 37. § (7) bekezdése és a rehabilitációs ellátási programcsoportok kódolási szabályairól szóló rendelet alapján történik.”

**19. §** Az R. a következő 36/A–36/C. §-sal egészül ki:

„36/A. § (1) Az aktív fekvőbeteg-szakellátás területén a külön jogszabályban meghatározott sürgősségi ellátási szinteknek megfelelő szolgáltatót nyújtó, vagy a traumatológiai ellátás területén

24 órás, folyamatos betegfelvételt biztosító szolgáltató abban az esetben jogosult az R.-ben meghatározott havi fix összegű díjra, ha

a) a gyógyintézetben intenzív osztály és legalább 3 további szakmában szervezett aktív fekvőbeteg osztály működik, ideértve a mátrix szervezetben működő gyógyintézeteket is,

b) a működési engedély szerinti szakmákban a sürgősségi betegellátás folyamatos biztosításához szükséges személyi és tárgyi feltételekkel rendelkezik,

c) a tárgyhónapban a díjazással érintett szervezeti egység jogszabályban előírt sürgősségi betegellátást végez.

A díjazás fedezetére az 5. számú melléklet szerinti összevont szakellátás előirányzata szolgál.

(2) Az (1) bekezdésben foglalt feltételeket – a b) és c) pontban foglaltak kivételével – nem kell alkalmazni a speciális sürgősségi centrumok esetében.

(3) Az egészségügyi szolgáltató a 2012. december 31-ét követő intézményi integrációt megelőzően önálló egészségügyi szolgáltatóként működő telephelye után is jogosult az R. 16. számú melléklete szerinti díjazásra, ha a telephely esetében az (1)–(2) bekezdésben meghatározott feltételek fennállnak, és a díjazásra a telephely

a) az integrációt megelőzően jogosult volt, vagy

b) az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény végrehajtásáról szóló kormányrendelet szerinti előzetes többletkapacitás-befogadási eljárás keretében válik jogosulttá.

(4) Az egészségügyi szolgáltató akkor is jogosult az R. 16. számú melléklete szerinti díjazásra, ha a (3) bekezdés a) pontja szerinti telephelyen működő osztály kapacitását olyan telephelyre csoportosítja át, amely az R. 16. számú melléklete szerinti díjazásban nem részesült.

(5) Az (1) bekezdés szerinti egészségügyi szolgáltató a 4602 szakmakódú szervezeti egységek által végzett ellátásokról a 13. számú melléklet szerinti adattartalmú adatlapot köteles a havi teljesítményjelentéssel egyidejűleg megküldeni a finanszírozó számára. Az adatlap nélkül a szervezeti egységen nyújtott ellátás nem finanszírozható. Az adatlap formanyomtatványát és annak kitöltési útmutatóját a NEAK a honlapján közzéteszi.

36/B. § (1) Az aktív fekvőbeteg-szakellátás területén

a) a 4000 kardiológia szakma II. és III. progresszivitási szintjén,

b) a 0900 neurológia szakma II. és III. progresszivitási szintjén,

c) a 0901 stroke ellátás II. progresszivitási szintjén,

d) az 1900 tüdőgyógyászat szakma III. progresszivitási szintjén

szakmaspecifikus őrzőt működtető egészségügyi szolgáltató 600 000 Ft havi fix összegű díjra jogosult szakmánként azzal, hogy a díjazás nem növelhető több, azonos szakmához tartozó őrző működtetése esetén.

(2) Az egészségügyi szolgáltató a 2012. december 31-ét követő intézményi integrációt megelőzően önálló egészségügyi szolgáltatóként működő telephelye után is jogosult az (1) bekezdés szerinti díjazásra, ha arra a telephely az integrációt megelőzően jogosult volt.

(3) Az (1) bekezdés szerinti díjazás fedezetére az 5. számú melléklet szerinti összevont szakellátás előirányzata szolgál.

36/C. § Az újszülöttek objektív hallásszűrését követő ellátások végzésére a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központban (2917), a Debreceni Egyetem Klinikai Központban (2894), a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben (2877), Pécsi Tudományegyetemen (2912), valamint a Semmelweis Egyetemen (2915) működő verifikációs központok 20 millió forint/év fix összegű finanszírozásban részesülnek, amelyet a finanszírozó minden év januárjában utalványoz.”

**20. §** Az R. 40. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„40. § (1) Egy fekvőbeteg-osztályos ellátási eset – az R. 8. számú melléklet 4. és 6–8. pontja, valamint 12–14. pontja szerinti nagy értékű műtéti eljárások, beavatkozások kivételével – egy ellátási esetnek minősül, amelynek típusát a fekvőbeteg-ellátó osztály aktív vagy krónikus minősítése határozza meg. Önálló ellátási esetnek minősül a kórházban meghalt beteg boncolása is. Ha az R. 8. számú melléklet 4. és 6–8. pontja, valamint 12–14. pontja szerinti nagy értékű műtéti beavatkozás történt, a nagy értékű eljárás, illetve beavatkozás és az azt megelőző ellátás önálló ellátási esetként jelenthető a vonatkozó szabályok alapján.

(2) Ha egy beteget több aktív osztályon kezeltek – függetlenül az áthelyezés indokától – egy aktív ellátási esetként kell kezelni. Újabb aktív ellátási esetnek minősül, ha az ellátási esetek között 30 napot meghaladó krónikus osztályon történő elhelyezésre került sor.

(3) Az ellátásokat a (2) bekezdésre is figyelemmel önálló esetekként kell jelenteni, ha a beteget aktív és krónikus osztályon is kezelték.

(4) Az R.-ben meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátások esetén az aktív ellátást követően a normatív ápolási idő leteltétől kezdődően számolható el a finanszírozási napi díj.

(5) Az aktív fekvőbeteg-szakellátási osztályon a főbeavatkozás és a mozgásszervi rehabilitáció szerinti ráépített HBCs is elszámolható, ha az ellátási esetnél az aktív fekvőbeteg-szakellátási ellátáson túl az aktív fekvőbeteg-szakellátási osztályon rehabilitációra is sor került.

(6) Az aktív fekvőbeteg-szakellátási osztályon kezelt felső határnapot meghaladó idejű esetnél (a továbbiakban: hosszú ellátási eset) a felső határnapot meghaladó időtartamra a napi díjazást a krónikus ellátás napi alapdíjának 75 százalékában kell megállapítani. Az intenzív osztályon a hosszú ellátási eset napi díja a krónikus ellátás napi alapdíjának a négyszerese.

(7) A nappali kórházi ellátás nem számolható el heti pihenőnapra, vasárnapra és munkaszüneti napokra.

(8) A 39. § (2a) bekezdése szerinti ellátásokat

a) nappali ellátásra szerződött járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató, valamint

b) az ellátásoknak megfelelő szakmákban nappali kórházi ellátásra szerződött fekvőbeteg szakellátást nyújtó szolgáltató

jelentheti.

(9) A szolgáltató a 14. számú melléklet szerinti adatlap 1–20. pontjának kitöltésével köteles a 37. § (7) bekezdése szerint jelentést küldeni az osztályra felvett betegek közül azokról, akiknek az ellátása a tárgyhónap végéig nem fejeződött be. A felvétel és az eltávozás, áthelyezés napja egy napnak számít.

(10) Az Eftv. alapján létrehozott nappali és kúraszerű ellátásra szerződött járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató részére az R.-ben önálló elszámolási tételként meghatározott rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátásokat a hozzárendelt súlyszámmal lehet elszámolni, ha az ellátás megfelel a 4. § (3) bekezdésében és a finanszírozási szerződésben foglalt feltételeknek, továbbá az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról szóló miniszteri rendeleti szabályoknak.

(11) A rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás elszámolásának szabályait az egészségbiztosításért felelős miniszter rendelete tartalmazza.

(12) Ha a beteg állapota szükségessé teszi, a kezelőorvos kezdeményezésére a NEAK ellenőrző főorvosának jóváhagyását követően a rehabilitációs ellátási program – az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében meghatározott feltételekkel – legfeljebb egy alkalommal meghosszabbítható.”

**21. §** Az R. a következő 41/A. §-sal és azt megelőző alcímmel egészül ki:

#### **„Aktív fekvőbeteg-szakellátás keretében végzett egynapos ellátások**

41/A. § (1) Az aktív fekvőbeteg-szakellátás esetében az egyes egészségügyi szolgáltatók vonatkozásában meg kell határozni azt a maximális teljesítmény mennyiséget, melyet a szolgáltatók a tárgyévet megelőző finanszírozási évben elszámolt teljesítményükből az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről szóló miniszteri rendelet és az R. szerinti teljesítményként számoltak el. Ezen teljesítménymennyiség is a tervezett éves keret részét képezi, melyre a tervezett éves keret megállapításának szabályai irányadóak.

(2) A szolgáltató tárgyhónapra jelentett és elszámolható aktív fekvőbeteg-szakellátás keretében egynapos sebészeti ellátásként jelentett és elszámolt teljesítményéneket a finanszírozó az alapdíj 100%-kal számolja el.

(3) Az aktív fekvőbeteg-szakellátás keretében egynapos sebészeti ellátásként jelentett és elszámolt teljesítmények elszámolása 1,1-es szorzó alkalmazásával történik.”

**22. §** Az R. 44/A. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„44/A. § Az 1309 általános anesztéziában végzett fogászati ellátás szakmában működési engedéllyel rendelkező, az R.-ben meghatározott egészségügyi szolgáltató az R. szerinti egynapos ellátás nyújtására jogosult. Ezen ellátási formára meghatározott keret csak az általános anesztéziában végzett fogászati ellátásra fordítható és számolható el.”

**23. §** Az R. 45. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép, és a § egyúttal a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:

„(1) Az 5. számú melléklet szerinti Extrafinanszírozás előirányzat terhére az előre nem tervezhető, rendkívüli, egyedi aktív fekvőbeteg-szakellátások a NEAK főigazgatójának döntése alapján akkor finanszírozhatóak, ha az ellátás közvetlen költsége az R. 3. számú mellékletében foglalt homogén betegcsoportokhoz rendelt súlyszám alapján meghatározott díjtétel közvetlen költségének ötszörösét meghaladja.

(1a) Az R. 8. melléklet szerinti ellátások az Extrafinanszírozás előirányzat terhére nem finanszírozhatóak.”

**24. §<sup>1</sup>**

**25. §<sup>2</sup>**

**26. § (1)<sup>3</sup>**

(2) Az R. 9. számú melléklete helyébe a 2. melléklet lép.

(3) Az R. 12. számú melléklete a 3. melléklet szerint módosul.

(4)<sup>4</sup>

(5)<sup>5</sup>

(6) Az R. 30. számú melléklete helyébe a 6. melléklet lép.

**27. §** Az R.

a) 4/B. §-ában az „5/A. §” szövegrész helyébe a „4/C. §” szöveg,

b) 6/A. § (4) bekezdésében az „országos havi átlagos teljesítménydíj” szövegrész helyébe az „országos havi átlagos finanszírozási összeg” szöveg,

c) 26. § (5) bekezdésében a „teljesítményfinanszírozás” szövegrész helyébe az „egészségügyi ellátások nyújtása” szöveg,

d) 27/B. § (1) bekezdésében az „a TVK felhasználása során a szerződés szerinti ellátási kötelezettségeit” szövegrész helyébe az „a szerződés szerinti ellátási kötelezettségeit” szöveg,

e) 27/B. § (3) bekezdésében az „aktív fekvőbeteg-szakellátást vagy egynapos sebészeti ellátást nyújtó szolgáltató teljesítményvolumene” szövegrész helyébe az „aktív fekvőbeteg-szakellátást vagy önálló egynapos sebészeti ellátást nyújtó szolgáltató tervezett éves kerete” szöveg,

f) 28. § (1) bekezdésben a „NEAK” szövegrész helyébe a „finanszírozó”, a „TVK-nak” szövegrész helyébe a „tervezett éves keretnek” szöveg, és a „TVK” szövegrész helyébe a „tervezett éves keret” szöveg,

g) 28. § (1a) bekezdésében a „NEAK” szövegrész helyébe a „finanszírozó” szöveg, az „a 27. § (5) bekezdés a)–d) pontja, valamint a 29/B. § (2) bekezdése” szövegrész helyébe a „27. § (11) bekezdés a)–g) pontja, valamint a 4/E. § (2) bekezdése” szöveg,

h) 28. § (1c) és (1d) bekezdésében az „a 27. § (2a) bekezdése szerinti elvi egynapos teljesítménymennyiség” szövegrész helyébe az „az elvi egynapos teljesítménymennyiség” szöveg,

i) 28. § (2) bekezdésben a „27. § (5) bekezdés a)–d) pontja szerinti, valamint a 29/B. § (2) bekezdése szerinti járóbeteg-szakellátási és (7) bekezdése szerinti aktív fekvőbeteg-szakellátási szolgáltatások” szövegrész helyébe az „a 27. § (11) bekezdés a)–g) pontjai, valamint a 4/E. § (2) bekezdése szerinti járóbeteg-szakellátási és a 27. § (12) bekezdése szerinti aktív fekvőbeteg-szakellátási szolgáltatások” szöveg,

j) 28. § (3) bekezdésében a „TVK-t” szövegrész helyébe a „tervezett éves keretet” szöveg,

k) 28. § (5) bekezdésében a „teljesítményvolumen” szövegrész helyébe a „tervezett éves keret” szöveg,

l) 29. § h) pontjában a „teljesítmény mennyiséget” szövegrész helyébe a „tervezett éves keret” szöveg,

m) 29/A. § (1) és (2) bekezdésében a „teljesítménydíjazása” szövegrész helyébe a „díjazása” szöveg,

n) 30. § (1) bekezdésben az „az egészségügyi szolgáltató megküldi a finanszírozónak az elszámoláshoz a 6/A. számú melléklet szerinti teljesítményjelentést” szövegrész helyébe az „az egészségügyi szolgáltató megküldi a finanszírozónak a 6/A. számú melléklet szerinti teljesítményjelentést” szöveg,

o) 30. § (2a) bekezdésében a „27. § (5) bekezdés g) pontja szerinti beavatkozásért megállapított díj 80%-át” szövegrész helyébe a „27. § (11) bekezdés f) pontja szerinti beavatkozásra vonatkozóan megállapított és visszaigazolt díj 80%-át” szöveg,

p) 31. § (4) bekezdésében a „teljesítménydíjazás” szövegrész helyébe a „finanszírozás” szöveg

q) 32/A. § (3) bekezdésében a „TVK-mentesen” szövegrész helyébe a „tervezett éves keret felett” szöveg,

r) 32/A. § (4) bekezdésében a „TVK-jának” szövegrész helyébe a „tervezett éves keretének” szöveg,

s) 37. § (1) bekezdés f) pontjában a „teljesítménymennyiség” szövegrész helyébe „tervezett éves keret” szöveg,

t) 28/B. számú mellékletének az „A TVK megállapítása alóli kivételek” címe helyébe az „A tervezett éves keret alóli kivételek” cím

lép.

**28. §** Hatályát veszti az R.

a) 2. § s) pontja,

b) 5/A. §-a,

c) 28/A–28/C. §-a,

d) 29/B. §-a,

e) 43/B. §-a,

f) 48/C–48/G. §-a,

g) 50. §-a,

h) 28/A. számú melléklete.

**29. §** (1) Ez a rendelet – a (2) bekezdésben meghatározott kivétellel – 2021. január 1-jén lép hatályba.

(2) Az 1–23. §, a 26. § (2), (3) és (6) bekezdése, a 27. § és a 28. §, valamint a 2., 3. és 6. melléklet 2021. április 1-jén lép hatályba.

1. melléklet a 697/2020. (XII. 29.) Korm. rendelethez<sup>6</sup>

2. melléklet a 697/2020. (XII. 29.) Korm. rendelethez

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

Szolgáltató NEAK kódja:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											Elrendelő lap sorszáma: .....
<b>SZAKÁPOLÁSI ELRENDELŐ LAP</b>												
Otthoni szakápolást végző szolgáltató	neve: ..... címe: .....											
A bet eg	neve: ..... lakóhelye: ..... telefonszáma: .....											
Társadalombiztosítási azonosító jele:		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

születési adatai: ..... év ..... hó ..... nap							

--

--

Fekvőbeteg-intézeti ápolást kiváltó diagnózis (BNO-10)*	
---	--

Kórházi kezelés időtartama: .....-tól .....-ig*
---

--

Szakápolás elrendelés dátuma:				
-------------------------------	--	--	--	--

A beteg szakápolásba vételének dátuma:				
--	--	--	--	--

Meghosszabbítás esetén az első szakápolásba vétel dátuma:

--	--	--	--

Hányadik „folyamatos elrendelés”

--

--

--

Alapbetegség (BNO-10)

--	--

--

Kísérőbetegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10)

--	--

--

Szakápolás elrendelését indokló diagnózis (BNO-10)

Ellátást befolyásoló tényezők (Z00-Z99)

Elrendelt vizitek (1 elrendelésnél maximum 14)

Gyakorisága: .....

Az ellátás típusa:	szakápolás
--------------------	------------



Dátum: ..... év ..... hó ..... nap P. .... H. ....

aláírás

Az otthoni szakápolást elfogadom, és egyben kijelentem, hogy más szolgáltatótól térítésmentesen szakápolást nem veszek igénybe. Tudomásul veszem, hogy 1 térítésmentes vizit 3 óránál hosszabb nem lehet.

Dátum: ..... év ..... hó ..... nap | beteg (törvényes képviselő) aláírása: .....

\* Kitöltése minden esetben kötelező. Adatai: a jelenlegi ellátást indokló diagnózis miatti utolsó kórházi kezelésre vonatkoznak.

\*\* Kitöltése a 4-es és 11-es tevékenységi kör esetén kötelező

”

### 3. melléklet a 697/2020. (XII. 29.) Korm. rendelethez

Az R. 12. számú melléklet A) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

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

A beteg önellátó képességének foka	Szakápolási ellátás		Szakirányú (rehabilitációs) tevékenység, alapdíj-szorók
	elrendelhető vizitek száma és az alapdíj szorzók		
	1-14-ig	további	
Teljes ápolást igénylő esetben	1,0	1,0	1,0
Részleges ápolást igénylő esetben	0,9	0,8	
Önellátásra képes beteg esetében	0,8	0,5	-

”

### 4. melléklet a 697/2020. (XII. 29.) Korm. rendelethez<sup>7</sup>

### 5. melléklet a 697/2020. (XII. 29.) Korm. rendelethez<sup>8</sup>

6. melléklet a 697/2020. (XII. 29.) Korm. rendelethez

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

**SZOLGÁLTATÓ NEAK**

**kódja:**

.....

**Elrendelő lap sorszáma:**

.....

....

**HOSPICE ELRENDELŐ LAP**

Hospice ellátást végző szolgáltató	neve:	.....
	címe:	.....

A beteg	neve:	..... .....
	lakóhelye:	..... .....
	telefonszáma:	..... .....
	társadalombiztosítási azonosító jele:	000000000
	születési adatai: ..... év ..... hó ..... nap	

Fekvőbeteg-intézeti ápolást indokoló diagnózis (BNO-10.)*	00000
---	-------

Kórházi kezelés időtartama:.....-tól .....-ig		
Ellátás elrendelés dátuma: 00000000		
A beteg ellátásba vételének dátuma: 00000000		
Meghosszabbítás esetén az első ellátásba vétel dátuma: 00000000		
Hányadik elrendelés: 00		
Alapbetegség (BNO-10.) 00000		
Kísérő betegség(ek), szövődmény(ek) (BNO-10.) 00000		
Elrendelését indokoló diagnózis (BNO-10.) 00000		
Elrendelt napok száma (1 elrendelésnél maximum 50): 00		
Gyakorisága: ..... .....		
o	Szakápolás (1) o	Szociális tevékenység szervezése** (5)
o	Tartós fájdalomcsillapítás (2) o	Diétás gondozás/tanácsadás (6)
o	Mentálhigiénés gondozás/tanácsadás (7) o	Gyógyszerelés tervezése/ellenőrzése (8)
o	Gyógytorna (3) o	Fizioterápia (4)

Elrendelő orvos neve: .....	Pecsét száma: ..... .....
Elrendelő orvos aláírása .....	
Dátum: ..... év ..... hó ..... nap	P. H.
Az otthoni ellátást elfogadom és egyben kijelentem, hogy más szolgáltatótól térítésmentesen hospice ellátást nem veszek igénybe.	
Dátum: ..... év ..... hó ..... nap	
	..... ..... beteg aláírása

Az otthoni ellátást elfogadom és egyben kijelentem, hogy más szolgáltatótól térítésmentesen hospice ellátást nem veszek igénybe.

Dátum: ..... év ..... hó ..... nap

.....

beteg aláírása

\* Kitöltése minden esetben kötelező. Adatai: a jelenlegi ellátást indokló diagnózis miatti utolsó kórházi kezelésre

vonatkoznak.

\*\*Kizárólag szervezési feladatok ellátására vonatkozik.

”

<sup>1</sup> A 24. § a 2010: CXXX. törvény 12. § (2) bekezdése alapján hatályát veszítette.

<sup>2</sup> A 25. § a 2010: CXXX. törvény 12. § (2) bekezdése alapján hatályát veszítette.

<sup>3</sup> A 26. § (1) bekezdése a 2010: CXXX. törvény 12. § (2) bekezdése alapján hatályát veszítette.

<sup>4</sup> A 26. § (4) bekezdése a 2010: CXXX. törvény 12. § (2) bekezdése alapján hatályát veszítette.

<sup>5</sup> A 26. § (5) bekezdése a 2010: CXXX. törvény 12. § (2) bekezdése alapján hatályát veszítette.

<sup>6</sup> Az 1. melléklet a 2010: CXXX. törvény 12. § (2) bekezdése alapján hatályát veszítette.

<sup>7</sup> A 4. melléklet a 2010: CXXX. törvény 12. § (2) bekezdése alapján hatályát veszítette.

<sup>8</sup> Az 5. melléklet a 2010: CXXX. törvény 12. § (2) bekezdése alapján hatályát veszítette.