

## 630/2022. (XII. 30.) Korm. rendelet

### egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról

#### Tartalom:

#### **1. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet módosítása**

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

- háziorvosi ellátás finanszírozása
- ügyeleti szolgáltatás finanszírozására
- fogászati alapellátás
- finanszírozási szerződés
- tervezett éves keret emelés szabályozása
- Aktív fekvőbeteg-szakellátásban a tervezett éves keret mértékének meghatározása
- krónikus fekvőbeteg szakellátás - tervezett éves keret
- TVK mentes:
  - járóbeteg-szakellátás
    - a népegészségügyi program keretében
    - 42400 kódszámú mammográfiás szűrés
    - 42700 kódszámú nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat,
    - a jogszabály szerinti
    - újszülöttkori öröklődő anyagcsere-betegségek szűrése
    - 42190 kódszámú újszülöttkori objektív hallásszűrés,
    - 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,
    - a 29/A. § (1) és (2) bekezdése szerinti vizsgálatok,
    - a 12611 kódszámú transztelefonikus EKG alkalmazása akut kardiális kórképekben mentési feladatok ellátása során tevékenység,
    - országosan szervezett, népegészségügyi célú, célzott vastag- és végbélszűréshez kapcsolódó 11045, 11303, 11050, 29001, 29003, 29004, 29005, 29006, 42151, 42750, 54524, 54694, 54823 kódszámú beavatkozások,
    - meddőségkezelési ellátásokhoz kapcsolódó 16640, 16641, 16642, 16643, 16644 kódszámú beavatkozások
  - aktív fekvőbeteg-szakellátásnál:
    - szülés mint esemény,
    - 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,
    - boncolás és
    - a 28/B. számú melléklet szerinti feltételekkel az ott meghatározott ellátások
- Önálló ellátási eset meghatározása

- 2023. finanszírozási évben a tervezett éves keretek meghatározása a 2019. finanszírozási év adatainak figyelembevételével történik.
- alábbi szabályt az országos súlyszám mennyiség 20%-ának felosztása során kell alkalmazni
  - Az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a tervezett éves keret meghatározása során figyelembe szükséges venni az egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettségébe tartozó lakosság szakmák és progresszivitási szintek szerint meghatározott számát – ide nem értve az országos vagy speciális területi ellátási kötelezettséget –, és a megelőző évben szakmaspecifikusan egy lakosra jutó országos átlagos, intézményi case-mix indexszel súlyozott finanszírozási mértéket.
- a gyógyító-megelőző ellátások jogcímei éves előirányzatait ellátási formák szerinti bontásban.
- Fekvő adatlap változás:
  - 23. A beteg további sorsa
    - N. nagy értékű, országosan még nem elterjedt műtéti eljárás előtti ápolás lezárása helyett
    - N. transzplantációs vagy keringéstámogató ellátás előtti ápolás lezárása
    - új: M. keringéstámogató ellátás lezárása
- 2023. évre vonatkozó súlyszám és pont keret
- degresszió alóli mentesség

**3. A várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet módosítása**

- intézményi várólistán lévő beteg az egészségügyi ellátást azért nem vette igénybe,
- mert másik orvost igényelt, akkor
- az intézményi várólistáról való törlés mellett intézkedni kell
- a beteg intézményi előjegyzési listára történő vételéről.
- Azon betegeket, akik azért nem részesültek egészségügyi ellátásban, mert az Ebtv. 19. § (3) bekezdése szerint másik orvost igényeltek,
- az intézményi előjegyzési listán kell nyilvántartani

**4. Az Országos Mentőszolgálatról szóló 322/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet módosítása**

- A Mentőszolgálat jogszabályban meghatározott esetben és módon részt vesz a házi orvosi, házi gyermekorvosi orvosi ügyeleti ellátásban, és koordinálja azt.

**5. Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet módosítása**

- házi orvosi körzet meghatározása

**6. A halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló 351/2013. (X. 4.) Korm. rendelet módosítása**

**7. Az egészségbiztosítási szervekről szóló 386/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet módosítása**

- A NEAK 2023. február 1. napjától ellátja
  - mindazon feladatokat, amelyek 2023. január 31-ig a Belügyminisztérium egészségügyi finanszírozásért és fejlesztésért felelős helyettes államtitkára által irányított Egészségbiztosítási Alap Kontrolling Főosztály, Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Működtetésért Felelős Főosztály szervezeti egységek feladatkörébe tartoztak, valamint
  - a NEAK gazdálkodásával kapcsolatos feladatokat.

- (2) Az (1) bekezdés szerinti feladatokhoz kapcsolódó
- központi költségvetési források,
- foglalkoztatotti állomány,
- tárgyi eszközök,
- vagyoni jogok és kötelezettségek
- tekintetében a Belügyminisztérium jogutódja a NEAK.
- A Belügyminisztérium és a NEAK a feladatok átadásáról átadás-átvételi megállapodást köt

**8. Az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatairól szóló 516/2020. (XI. 25.) Korm. rendelet módosítása**

- Hatályát veszíti
  - az OKFŐ - Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér működtetője
  - az OKFŐ- önrendelkezési nyilvántartást vezető szerve
  - OKFŐ - a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogok érvényesítése érdekében -kapcsolattartó szerv. Az OKFŐ nemzeti kapcsolattartó szervként biztosítja a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogok érvényesítésével összefüggő információcserét az Európai Unió tagállamainak nemzeti kapcsolattartó szerveivel és az Európai Bizottsággal együttműködve.

**9. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet módosítása**

- az alábbi valamennyi tájékoztatási pontban történő változásáról legkésőbb a hatálybalépésük napján tájékoztatni kell az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyeket
  - 11. § (1) Az egészségügyi intézmény vezetőjének az egészségügyi szolgálati jogviszony kezdetétől számított 8 nap áll rendelkezésére ahhoz, hogy írásban tájékoztatást adjon az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állóknak
  - a napi munkaidőről, az elrendelhető ügyelet, készenlét és az önként vállalt többletmunka szabályairól,
  - az illetményről és egyéb juttatásokról, támogatásokról,
  - az illetménnyel való elszámolás módjáról, az illetményfizetés gyakoriságáról, a kifizetés napjáról,
  - a munkakörbe tartozó feladatokról,
  - a szabadság mértékéről, számítási módjáról és kiadásának rendjéről,
  - a munkáltatóra és az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állóra irányadó felmondási idő megállapításának szabályairól,
  - a munkáltatói jogkör gyakorlójáról,
  - a minősítésre vonatkozó szabályokról és
  - az összeférhetetlenségre vonatkozó szabályokról.
  - (2) Az (1) bekezdés a)–c) és e)–f) pontjában előírt tájékoztatás munkaviszonyra vonatkozó szabály rendelkezésére történő hivatkozással is megadható.

**10. A praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet módosítása**

**11. A központi egészséginformatikai szolgáltatásokról szóló 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet módosítása**

A Kormány

a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (2) bekezdés a), c) és x) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 3. alcím tekintetében a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (2) bekezdés zs) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 4. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés i) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

az 5. alcím tekintetében az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény 3. § (9) bekezdés a) pont aa) és ab) alpontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 6. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés q) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 7. alcím tekintetében az Alaptörvény 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott eredeti jogalkotói hatáskörében,

a 25. § a) pontja tekintetében az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. § (3) bekezdés c) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 25. § b) pontja tekintetében az Alaptörvény 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott eredeti jogalkotói hatáskörében,

a 9. alcím tekintetében az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 17. § (1) bekezdés m) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 10. alcím tekintetében az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 18. § (1) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján,

a 11. alcím tekintetében az Alaptörvény 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott eredeti jogalkotói hatáskörében és az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. § (3) bekezdés c) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

az Alaptörvény 15. cikk (1) bekezdésében meghatározott feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

**1. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet módosítása**

1. § A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (a továbbiakban: R.) 1. § (4a) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(4a) A Kormány egészségbiztosítóként a NEAK-ot jelöli ki az Ebtv. 36. § (3) bekezdésében foglalt feladatok ellátására. A NEAK jogosult az Ebtv. 36. § (1)–(9) bekezdésében, továbbá az Ebtv. 37–38/C. §-ában meghatározott ellenőrzésekhez elemzéseket végezni, ellenőrzéseket elrendelni, koordinálni és irányítani.”

2. § Az R. 11/E. § (1a) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép, és a § a következő (1b)–(1j) bekezdéssel egészül ki:

„(1a) Amennyiben olyan gyógyszer méltányosságból történő támogatására irányuló kérelem érkezik, amelynek az adott indikációban történő alkalmazására vonatkozó gyógyszerbefogadási kérelmet a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásának, a befogadás és a támogatás mértéke megállapításának, valamint a támogatás megváltoztatásának részletes szabályairól szóló 452/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet 7. §-a szerinti javaslattevő bizottság még nem tárgyalta meg, és nem hozta meg javaslatát, a NEAK döntését a NEAK mellett működő Szakmai Javaslattevő Bizottság (a továbbiakban: SZJB) és Társadalometikai Döntési Bizottság (a továbbiakban: TDB) bevonásával hozza meg.

(1b) Az SZJB tagjai:

- a) az OGYÉI főigazgatója által kijelölt 1 fő,
- b) az Egészségügyi Szakmai Kollégium elnöke által az adott kérelem tárgyában szakmailag illetékes tagozat kijelölt szakértője, ultraritka betegségek esetén a Ritka Betegségek Tanácsadó Testülete által delegált 1 fő, és
- c) a Magyar Orvosi Kamara elnöke által kijelölt 1 fő.

(1c) A TDB tagjai:

- a) a Magyar Tudományos Akadémia elnöke által kijelölt 1 fő,
- b) az Egészségügyi Tudományos Tanács elnöke által kijelölt 1 fő,
- c) az Egészségügyi Szakmai Kollégium elnöke által kijelölt 1 fő,
- d) az egészségügyért felelős miniszter által kijelölt 1 fő és
- e) a NEAK főigazgatója által kijelölt 1 fő.

(1d) Az SZJB állást foglal abban a kérdésben, hogy a gyógykezelés célját, a gyógykezeléstől várt eredményt, és az alkalmazás kockázatait figyelembe véve a beteg alkalmas-e a kérelmezett kezelésre, és állást foglal az adott terápiával várható többlet egészségnyereségről a támogatással elérhető terápiákhoz képest.

(1e) A TDB a költségek figyelembevételével állást foglal arra vonatkozóan, hogy javasolható-e a beteg támogatása adott költséggel, figyelemmel a gyógykezelés során elérhető egészségnyereségre és költséghatékonyságra.

(1f) A NEAK képviselője ismerteti a TDB-vel az adott kérelemre vonatkozóan az SZJB javaslatát, az általa megadott hatásossági paramétereket, és a kezelés várható költségét. A TDB összesített véleményét a NEAK képviselője terjeszti fel a NEAK részére.

(1g) A NEAK döntéshozatala során az SZJB és a TDB állásfoglalásában foglaltak figyelembe vételével jár el, Támogatást nem javasló álláspont esetén a NEAK dönthet a méltányossági támogatás megadásáról.

(1h) Az SZJB és a TDB álláspontját titkos szavazással hozza meg.

(1i) A NEAK biztosítja, hogy az SZJB és a TDB a kérelmeket folyamatosan, szükség esetén soron kívüli megkapja. A NEAK biztosítja továbbá a titkos szavazás technikai feltételeit.

(1j) Korábban nem kérelmezett eszközfajta esetén a NEAK az általa felkért, a kérelemben megjelölt gyógyászati segédeszköz szakmai megítélésében kompetens orvos, vagy kompetenciával és egyéb szakirányú képesítéssel rendelkező szakember véleményét is kikéri.”

3. § Hatályát veszti az R. 1. § (10a) bekezdése.

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

4. § Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: R1.)

8. § (3) és (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

**II. EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS A háziorvosi ellátás finanszírozása**

„(3) A körzethatárok módosítása esetén nem jöhet létre a (2) bekezdésben meghatározott minimumlétszám alatti lakosság számú felnőtt, vegyes, illetve házi gyermekorvosi körzet. A körzetmódosítást követően a szerződés módosítását a szolgáltató kezdeményezi. Új körzet létesítése esetén nem köthető finanszírozási szerződés, ha az új körzet létesítése következtében valamely meglévő körzet lakosság száma felnőtt és vegyes körzet esetén 1200, gyermekkörzet esetén 600 fő alá csökken.

(4) A (2) bekezdésnek megfelelő új körzet esetén a díjazást a NEAK a körzet kialakítását követő egy éven át kiegészíti az adott típusú háziorvosi körzetek előző évi teljesítménye szerinti átlagos havi díjazásának mértékéig, amely az első hónaptól kifizetésre kerül.”

(3) Amennyiben a körzethatárok módosítása során a (2) bekezdésben meghatározott minimumlétszám alatti lakosság számú felnőtt, vegyes, illetve házi gyermekorvosi körzet kerül kialakításra, a NEAK a szolgáltatóval akkor köt finanszírozási szerződést, ha az önkormányzat(ok) rendelkezik(nek) a körzetek megosztásáról, ennek érdekében a szolgáltató a szerződés módosítását kezdeményezi. A NEAK a 14. § (2)–(4) bekezdése szerinti fixdíjakat utalja. Új körzet létesítése esetén nem köthető finanszírozási szerződés, ha az új körzet létesítése következtében valamely meglévő körzet lakosság száma felnőtt és vegyes körzet esetén 1200, gyermekkörzet esetén 600 fő alá csökken.

(4) A (2) bekezdésnek megfelelő új körzet esetén a díjazást a NEAK a körzet kialakítását követő egy éven át kiegészíti az adott típusú háziorvosi körzetek előző évi teljesítménye szerinti átlagos havi díjazásának mértékéig, amely az első hónaptól kifizetésre kerül. A 14. § (2)–(4) bekezdése szerint járó díjazás az első hónaptól kifizetésre kerül.

5. § Az R1. 12/A. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a finanszírozó havonta állapítja meg. Az egy pontra jutó díj összege a minősítő teljesítménydíjazásra elkülönített kiadási előirányzat egy havi összegének és a tárgyhónapban díjazásra jogosult háziorvosi szolgálatok országos szinten összesített pontszámának hányadosa. Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés havi gyakorisággal történik.”

(2) Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a finanszírozó havonta állapítja meg. Az egy pontra jutó díj összege a minősítő teljesítménydíjazásra elkülönített kiadási előirányzat egy havi összegének és a tárgyhónapban díjazásra jogosult háziorvosi szolgálatok országos szinten összesített pontszámának hányadosa. Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés a 2012. áprilisi időszak értékelésétől kezdődően havi gyakorisággal történik – ide nem értve a (3) bekezdésben foglalt díjfizetést –, amely a tárgyhónapot követő második hónapban kerül utalványozásra.

6. § (1) Az R1. 14. §-a a következő (5a) bekezdéssel egészül ki:

„(5a) A területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgáltató a kedvezményezett települések besorolásáról és a besorolás feltételrendszeréről szóló kormányrendeletben meghatározott településen szolgálatonként havi 100 000 forint területi kiegészítő díjazásra jogosult.”

(2) Az R1. 14. § (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(6) Ha a finanszírozó ellenőrzése során megállapítja, hogy a háziorvosi szolgálat orvosa nem a Hr. szerint végzi a programozott betegellátást, az ellenőrzési jegyzőkönyv kelte szerinti hónapra folyósított (5), illetve (5a) bekezdésben meghatározott kiegészítő díj 50%-át visszavonja.”

(6) Amennyiben a finanszírozó ellenőrzése során megállapítja, hogy a háziorvosi szolgálat orvosa nem a Hr. szerint végzi a programozott betegellátást, az ellenőrzési jegyzőkönyv kelte szerinti hónapra folyósított (2), illetve (5) bekezdésben meghatározott fix összegű, illetve kiegészítő díj 50%-át visszavonja.

7. § Az R1. 19. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A NEAK az ügyeleti szolgáltatás finanszírozására

- a) a területileg illetékes önkormányzattal vagy azzal az egészségügyi intézményével, akivel az önkormányzat feladat átadási/átvállalási szerződést kötött,
- b) az alapellátáshoz kapcsolódó háziorvosi, házi gyermekorvosi ügyeleti feladatokat ellátó állami mentőszolgálattal köt szerződést.”

19. § (1) A NEAK az ügyeleti szolgáltatás finanszírozására szerződést köt a területileg illetékes önkormányzattal vagy egészségügyi intézményével, illetve azzal, akivel az önkormányzat feladat átadási/átvállalási szerződést kötött.

8. § (1) Az R1. 23. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A fogászati alapellátásban az iskolai, ifjúsági szolgálat az általa a nevelési, oktatási intézményben ellátandók – és a szerződésben megállapított – létszámától függően korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám alapján havi alapdíjas finanszírozásban részesül. A díjfizetés alapjául szolgáló korcsoportos pontszám értéke 53,2 Ft/hó. A korcsoportonkénti szorzó iskolai, ifjúsági szolgálat esetén a 22. § (6) bekezdés b) pontja szerinti személyek esetén 4,6.”

23. § (1) A fogászati alapellátásban a fogorvosi szolgálat a területi kötelezettség szerint a szolgálathoz tartozó – és a szerződésben megállapított – lakosok számától függően a korcsoportonkénti szorzóval korrigált pontszám alapján havi alapdíjas finanszírozásban részesül. A díjfizetés alapjául szolgáló korcsoportos pontszám értéke 53,2 Ft/hó. A korcsoportonkénti szorzó

a) gyermek, iskolai, ifjúsági szolgálat esetén 0–18 éves korig, ideértve a 22. § (6) bekezdésének b) pontja szerinti személyeket is 4,6

b) vegyes szolgálat esetén

0–18 éves korig 3,0

19–62 éves korig 1,0

62 éves kor felett 2,4

c) felnőtt szolgálat esetén

19–62 éves korig 1,0

62 éves kor felett 2,4

(2) Az R1. 23. § (5) és (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„(5) Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott iskolai, ifjúsági szolgálatok esetén a szolgáltató az alapdíj 60 százalékára jogosult. Nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgáltató a praxis ellátására a teljes rendelési időben legfeljebb két fogorvost foglalkoztat.

(6) A korcsoportonkénti szorzóval számított korcsoportos-pontszám 6000 pont felett degresszió alá esik. A degresszió számítási módját a 3. számú melléklet C) pontjának megfelelően kell alkalmazni. A degresszió számításánál az adott fogorvos által nevelési, oktatási intézményben ellátandó valamennyi létszámot figyelembe kell venni függetlenül attól, hogy ellátásukra egy vagy több körzetben kerül sor. Az így számított pontértéket a körzetek pontszámának arányában kell figyelembe venni.”

(5) Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott alapellátást nyújtó területi ellátási kötelezettségű fogorvosi szolgálatok esetén a szolgáltató az alapdíj 60 százalékára jogosult. Nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgáltató a praxis ellátására a teljes rendelési időben legfeljebb két fogorvost foglalkoztat.

(6) A korcsoportonkénti szorzóval számított korcsoportos-pontszám 6000 pont felett degresszió alá esik. A degresszió számítási módját a 3. számú melléklet C) pontjának megfelelően kell alkalmazni. A



degresszió számításánál az adott fogorvos által területi kötelezettséggel ellátandó valamennyi lakost figyelembe kell venni függetlenül attól, hogy ellátásukra egy vagy több körzetben kerül sor. Az így számított pontértéket a körzetek pontszámának arányában kell figyelembe venni.

(3) Az R1. 23. §-a a következő (7a) bekezdéssel egészül ki:

„(7a) A fogorvosi ellátás minőségi színvonalának emelése érdekében az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben határozza meg a területi ellátási kötelezettséggel működő fogorvosi alapellátás keretében a gyermek-, felnőtt-, vegyes szolgálat indikátorait. A finanszírozó a fogorvosi szolgálat megfelelő gyógyító-megelőző tevékenysége és adatszolgáltatása alapján, havi rendszerességgel értékeli az indikátorok szerinti teljesítést, és erről értesíti az adott szolgálat működtetőjét.”

9. § Az R1. 25. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A rendeletek teljesítményéről a fogászati szolgáltató a 4. § (2) bekezdése és a 23. § (8) bekezdése szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig. A NEAK a kiszámított díjat a jelentés megküldésének hónapjában utalványozza a szolgáltatónak. A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapidő és a 23. § (2b) bekezdése szerinti kiegészítő díj, a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj. A NEAK a 25/B. § (2) bekezdése szerinti minősítő teljesítménydíjat a jelentés megküldését követő második hónapban utalványozza a szolgáltatónak.”

25. § (1) A rendeletek teljesítményéről a fogászati szolgáltató a 4. § (2) bekezdése és a 23. § (8) bekezdése szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig. A NEAK a kiszámított díjat a jelentés megküldésének hónapjában utalványozza a szolgáltatónak. A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapidő és a 23. § (2b) bekezdése szerinti kiegészítő díj, valamint a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj.

10. § Az R1. III. fejezete a következő 25/B. §-sal egészül ki:

„25/B. § (1) A fogorvosi szolgáltató a fogorvos gyógyító-megelőző tevékenységének 23. § (7a) pontja szerinti értékelése alapján, abban az esetben jogosult teljesítménydíjazásra, ha a számított indikátorok legalább egyikében pontot ér el.

(2) Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a finanszírozó havonta állapítja meg. Az egy pontra jutó díj összege a minősítő teljesítménydíjazásra elkülönített kiadási előirányzat egy havi összegének és a tárgyhónapban díjazásra jogosult fogorvosi szolgálatok országos szinten összesített pontszámának hányadosa. Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés a 2023. januári időszak értékelésétől kezdődően havi gyakorisággal történik.

(3) A fogorvosi szolgáltató az adott szolgálatra vonatkozó finanszírozási szerződése megszűnését megelőzően végzett ellátások alapján esedékes minősítő teljesítménydíjazásra finanszírozási szerződése megszűnését követően a fogorvosi szolgálatot megillető teljesítménydíjjal együtt jogosult.”

11. § Az R1. 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 előirányzat emelése nélkül – csak abban az esetben van lehetőség, ha az adott ellátási formában a tárgyévet 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, amely teljesítményben az R. 4. számú melléklete szerinti meghatározott intézeti körben végezhető ellátások és a 99 Főcsoport nélküli homogén betegségcsoportokba tartozó ellátások a jelentett összsúlyszám szerint kerülnek figyelembevételre.
- (5) Az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a tervezett éves keret meghatározása során figyelembe szükséges venni az egészségügyi szolgáltató területi ellátási kötelezettségébe tartozó lakosság szakmák és progresszivitási szintek szerint meghatározott számát – ide nem értve az országos vagy speciális területi ellátási kötelezettséget –, és a megelőző évben szakmaspecifikusan egy lakosra jutó országos átlagos, intézményi case-mix indexszel súlyozott finanszírozási mértékét.
- (6) Az egyes szolgáltatók tervezett éves keretének emelésére – az 5. számú mellékletben meghatározott előirányzat emelése nélkül – csak abban az esetben van lehetőség, ha az adott ellátási formában a tárgyévet megelőző finanszírozási évben a szolgáltatók által nyújtott ellátások alapján számított tervezett éves keret erre lehetőséget biztosít az összes tervezett éves keret újraosztásával.
- (7) 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 tárgyévet 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.
- (8) Az (7) 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.
- (9) A tervezett éves keretek mértéke a tárgyidőszakot megelőző finanszírozási évben jelentett ellátások alapján – az egészségbiztosításért felelős miniszter döntése alapján – csökkenthető vagy növelhető. A tervezett éves keret növekménye vagy csökkenése egyik évről a másikra nem haladhatja meg a 10%-ot. A molekuláris diagnosztikai vizsgálatok (PCR) esetén a 100% feletti tervezett éves keretkihasználtságot elérő egészségügyi szolgáltatók tervezett éves kerete nem csökkenhet.
- (10) 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.
- (11) 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 tárgydőszakra vonatkozó országos szezonális index figyelembevételével történik.

(12) 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 egytizenketted lett volna.

(13) A tárgydőszakra vonatkozó tervezett éves keret megállapítása a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó,

a) a népegészségügyi program keretében jogszabály szerint végzett 42400 kódszámú mammográfiás szűrés 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, 54524, 54694, 54823 kódszámú beavatkozások,

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

kivételével történik.

(14) A tárgydőszakra 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.

(15) A (13) és (14) bekezdésben foglalt ellátásokat a finanszírozó az R.-ben meghatározott súlyszám- vagy pontérték szerint a szolgáltató teljesítményjelentése alapján számolja el.

(16) 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 szétoszthatja az önálló egynapos sebészeti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók között.

(17) 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.

(18) 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.

(19) A 29/A. § (1) bekezdése szerinti orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok esetében az országos keret a laboratóriumi ellátás 5. számú melléklet szerinti előírányzat 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.

(20) 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, és szükség szerint a területi ellátási kötelezettségbe tartozó lakosságszám változásának, valamint az NNK által és jelzése alapján legalább 6 hónapja helyettesítésre kijelölésnek 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 fenntartó a fenntartásában lévő szolgáltatók vonatkozásában a rendelkezésre álló tervezett éves keret öt százalékáig fenntartói tartalékkeretet hozhat létre. A finanszírozó a tervezett éves kereteket az egészségügyért felelős miniszter egyetértését követően a honlapján közzéteszi.

(21) 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.”

A tervezett éves keret megállapításának szabályai

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 előírányzat emelése nélkül – csak abban az esetben van lehetőség, ha az adott ellátási formában a tárgyévet 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 előírányzat emelése nélkül – csak abban az esetben van lehetőség, ha az adott ellátási formában a tárgyévet 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 tárgyévet 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 mammográfiás szűrés és a 42700 kódszámú nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat,

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

c) az R.-ben meghatározott 29700 kódszámú boncolás teljes belszervi vizsgálatokkal, 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, 54524, 54694, 54823 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 szétoszthatja 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 előírányzat 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 tárgyévét 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.

12. § Az R1. 40. § (1) bekezdése helyébe a következő bekezdés lép:

„(1) Egy fekvőbeteg-osztályos ellátási eset – a gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegségcsoportok kódolási és besorolási szabályairól szóló 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet (a továbbiakban: R1.) 18. § (5) bekezdése szerinti transzplantációs és keringéstámogató ellátások 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 R1. 18. § (5) bekezdése szerinti ellátás történt, a transzplantációs vagy keringéstámogató ellátás és az azt megelőző és/vagy követő ellátás önálló ellátási esetként számolható el az elszámolási szabályok alapján.”

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.

13. § Az R1. 76/B. §-sal egészül ki:

„76/B. § (1) Az egyes egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról szóló 81/2022. (XII. 30.) BM rendelettel bevezetett szakmafedezeti kiegyenlítés fedezetét a 2021. évtől bevezetett tervezett éves keretek tartalmazzák.

(2) A 2023. finanszírozási évben a tervezett éves keretek meghatározása a 2019. finanszírozási év adatainak figyelembevételével történik. Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 630/2022. (XII. 30.) Korm. rendelettel (a továbbiakban: Módr.13.) megállapított 27. § (5) bekezdése szerinti szabályt az országos súlyszám mennyiség 20%-ának felosztása során kell alkalmazni.

(3) A Módr.13.-mal megállapított 12/A. § (2) bekezdésében és 27. §-ban foglaltakat a 2023. január havi teljesítmények elszámolásától kell alkalmazni.”

14. § (1) Az R1. 5. számú melléklete helyébe az 1. melléklet lép.

Az 5. számú melléklet tartalmazza a gyógyító-megelőző ellátások jogcímei éves előirányzatait ellátási formák szerinti bontásban.

(2) Az R1. 14. számú melléklete a 2. melléklet szerint módosul.

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

ADATLAP kórházi (osztályos) ápolási esetről

(3) Az R1. 28. számú melléklete helyébe a 3. melléklet lép.

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

2022. évre vonatkozó súlyszám és pont keret

15. § Az R1.

a) 11 §. (5) bekezdésében a „2400” szövegrészek helyébe a „3600” szöveg, az „1200” szövegrészek helyébe az „1800” szöveg,

(5) A (4) bekezdés szerinti degresszió alóli mentesség a területi ellátásra kijelölt körzet legfeljebb 2400 (gyermekkörzet esetén 1200) főig terjedő lakosságszámra szól. Amennyiben a területi ellátásra kijelölt körzet lakosságszáma meghaladja a 2400 (gyermekkörzet esetén az 1200) főt és a (4) bekezdésben foglalt feltételek fennállnak, a degressziót a 2400 (gyermekkörzet esetén 1200) főt meghaladó bejelentkezett biztosítottak tekintetében kell alkalmazni. A 2400 (gyermekkörzetben 1200) főre figyelembe vehető pontértéket a NEAK számítja ki évente egyszer, a degresszió alól mentesített háziorvosi szolgálatra jellemző korcsoportos szorzók súlyozott átlaga alapján. A degresszióval korrigált pontszámot – a 3. számú melléklet A) pontja szerinti pontérték helyett – a NEAK által kiszámított pontérték alapján kell meghatározni.

b) 25. § (3) bekezdésében a „Pénztár” szövegrész helyébe a „NEAK” szöveg lép.

(3) A NEAK egy teljesítménypont forintértékét az éves költségvetésben rendelkezésre álló keret alapján a 23. § (1)–(5) bekezdések, valamint a (2) bekezdés szerinti kifizetések levonása után havonta állapítja meg az országos teljesítmények figyelembevételével. A Pénztár a teljesítménypontok havi forintértékéről az elszámolással egyidejűleg tájékoztatást ad.

16. § Hatályát veszti az R1.

a) 12. § (2) bekezdésében a „ , valamint a 14. § (2)–(4a) bekezdése” szövegrész,

(2) Az egy pontra jutó díj a praxisfinanszírozás 5. számú melléklet szerinti, a 12/A. § (2) bekezdése alapján módosított kiadási előirányzata egy havi összegének a 4/A. §, a 8. § (4) bekezdése, a 10. § (1) bekezdése, valamint a 14. § (2)–(4a) bekezdése szerinti kiadásokkal csökkentett része és a 11. § (3) bekezdése szerint megállapított, országos szinten összesített pontszám hányadosa.

b) 12. § (3) bekezdése,

(3) Ha a helyettesítést a 15. § szerinti praxisközösségben a praxisközösség orvosa látja el, akkor a helyettesítést ellátó orvos szakképzettségi szorzójának a figyelembevételével történik a számítás. Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott praxis a 14. § (2)–(4) bekezdése szerinti fix összegű díj 60 százalékára jogosult. A fixdíj folyósítása szempontjából nem tekinthető tartós helyettesítésnek, ha a praxis ellátására a szolgáltató teljes munkaidőben a Hr. szerint háziorvosi tevékenység végzésére jogosult legfeljebb két orvost foglalkoztat.

c) 12/A. § (3) bekezdése,

(3) Az orvosok gyógyszerrendelésének értékelésére a teljesítménydíjazásra elkülönített havi kiadási előirányzat legfeljebb 20%-a fordítható, mely díjazásra negyedéves gyakorisággal kerül sor, amely a negyedév utolsó hónapját követő második hónapban kerül utalványozásra.

d) 14. § (1)–(4) bekezdése.



14. § (1) A területi ellátási kötelezettséggel működő háziiorvosi szolgáltató a 11–12. §-ban meghatározott díjazáson felül az E. Alapból havonta a (2)–(4) bekezdés szerinti díjazásra jogosult.

(2) A háziiorvosi szolgáltató a körzet lakosság száma és a rendelő adottságai alapján – a (3) bekezdésben foglaltak figyelembevételével – az alábbi fix összegű díjra jogosult:

a) felnőtt körzet esetén, ha a körzet felnőtt lakosainak száma

aa) nem éri el az 1200 főt 253 000 Ft,

ab) 1200 és 1500 fő között van 235 000 Ft,

ac) 1500 fő felett van 197 000 Ft,

b) gyermekkörzet esetén, ha a körzet lakosainak száma

ba) nem éri el a 600 főt 290 000 Ft,

bb) 600 és 800 fő között van 272 000 Ft,

bc) 800 fő felett van 235 000 Ft,

c) vegyes körzet esetén, ha a körzet lakosság száma

ca) nem éri el az 1200 főt 271 000 Ft,

cb) 1200 és 1500 fő között van 250 000 Ft,

cc) 1500 fő felett van 214 000 Ft.

(3) A (2) bekezdés szerinti összeget növelni kell

a) tíz százalékkal, ha a háziiorvosi rendelő önálló épületben működik, illetve olyan épületben van, ahol nincs másik E. Alapból finanszírozott tevékenységet folytató szolgáltató,

b) 30%-kal, ha a háziiorvosi szolgálat orvosa legalább két rendelőben folytatja tevékenységét,

c) a b) pont szerinti mértéket meghaladóan rendelőnként további 10%-kal, ha a b) pont szerinti díjazás alapját képező rendelőkhöz képest a háziiorvosi szolgálat rendelői további más, az ellátási területhez tartozó településen vagy településeken helyezkednek el,

d) további 50%-kal, ha a háziiorvosi szolgálat körzete

da) a kistérségi támogatási alap célleírányzat felhasználásának részletes szabályairól szóló 5/2003. (V. 20.) MeHVM rendelet alapján 2012. december 31-ig jogosult volt a fix összegű díjazás 50%-os emelésére, vagy

db) a kedvezményezett térségek besorolásáról szóló 311/2007. (XI. 17.) Korm. rendelet alapján 2014. december 31-éig jogosult volt a fix összegű díjazás 50%-os emelésére, vagy

dc) a területfejlesztés kedvezményezett térségeinek jegyzékéről szóló 64/2004. (IV. 15.) Korm. rendelet alapján 2007. november 24-ig jogosult volt a fix összegű díjazásának 50%-os emelésére.

(4) A szolgáltató a háziiorvosi körzet területén élő lakosság elhelyezkedésének adottságait figyelembe véve, a betegek orvos általi felkeresése költségei fedezetére az alábbi területi kiegészítő díjazásra jogosult havonta:

a) fővárosban, városban 26 000 Ft,

b) községben 30 000 Ft,

c) több teljes településre vagy több település részeire kiterjedő körzetben 38 000 Ft,

d) ha a körzet ellátási területéhez külterületi lakott hely is tartozik 43 000 Ft.

**3. A várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet módosítása**

17. § A várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet (a továbbiakban: R2.) 13. §-a a következő (16a) bekezdéssel egészül ki:

„(16a) Ha az intézményi várólistán lévő beteg az egészségügyi ellátást azért nem vette igénybe, mert az Ebtv. 19. § (3) bekezdése szerint másik orvost igényelt, akkor az intézményi várólistáról való törlés mellett intézkedni kell a beteg intézményi előjegyzési listára történő vételéről. Azon betegeket, akik azért nem részesültek egészségügyi ellátásban, mert az Ebtv. 19. § (3) bekezdése szerint másik orvost igényeltek, az intézményi előjegyzési listán kell nyilvántartani.”

18. § Az R2. 13. § (17) bekezdésében az „(1)–(16)” szövegrész helyébe az „(1)–(16a)” szöveg lép.

**4. Az Országos Mentőszolgálatról szóló 322/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet módosítása**

19. § Az Országos Mentőszolgálatról szóló 322/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet 6. §-a a következő (10) bekezdéssel egészül ki:

„(10) A Mentőszolgálat jogszabályban meghatározott esetben és módon részt vesz a háziorvosi, házi gyermekorvosi orvosi ügyeleti ellátásban, és koordinálja azt.”

**5. Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet módosítása**

20. § Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII.

23.) Korm. rendelet (a továbbiakban: R3.) 2. § (1) bekezdés a) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

(E rendelet alkalmazásában)

„a) háziorvosi körzet: a területi ellátási kötelezettség alapján – jogszabályban meghatározottak figyelembevételével – meghatározott település, települések, illetve településrész, településrészek;”

21. § Az R3. 14. § (1) bekezdésében a „bejelentheti” szövegrész helyébe a „bejelenti” szöveg lép.

**6. A halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló 351/2013. (X. 4.) Korm. rendelet módosítása**

22. § A halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló 351/2013. (X. 4.) Korm. rendelet 17. alcíme a következő 47/B. §-sal egészül ki:

„47/B. § 2023. június 30-ig, ahol az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében az állami mentőszolgálat látja el az egészségügyi alapellátáshoz kapcsolódó háziiorvosi és házi gyermekorvosi ügyeleti ellátást és a 4. § (1) bekezdése szerinti értesítés 22.00 óra és 06.00 óra között történik, a 3. § (1) bekezdés d)–g) pontja szerinti házi orvos vagy ügyeleti szolgálatot ellátó orvos, valamint – ha az ügyben eljár – a 47. § szerinti helyszíni halottvizsgálatot végző orvos az értesítést követő legkésőbb 6 órán belül a helyszíni halottvizsgálatot megkezdi.”

**7. Az egészségbiztosítási szervekről szóló 386/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet módosítása**

23. § Az egészségbiztosítási szervekről szóló 386/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet (a továbbiakban: R4.) a következő 13. §-sal egészül ki:

„13. § (1) A NEAK 2023. február 1. napjától ellátja

a) mindazon feladatokat, amelyek 2023. január 31-ig a Belügyminisztérium egészségügyi finanszírozásért és fejlesztésért felelős helyettes államtitkára által irányított Egészségbiztosítási Alap Kontrolling Főosztály, Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Működtetésért Felelős Főosztály szervezeti egységek feladatkörébe tartoztak, valamint

b) a NEAK gazdálkodásával kapcsolatos feladatokat.

(2) Az (1) bekezdés szerinti feladatokhoz kapcsolódó

a) központi költségvetési források,

b) foglalkoztatotti állomány,

c) tárgyi eszközök,

d) vagyoni jogok és kötelezettségek

tekintetében a Belügyminisztérium jogutódja a NEAK.

(3) A Belügyminisztérium és a NEAK a feladatok átadásáról átadás-átvételi megállapodást köt.”

24. § Hatályát veszti az R4. 3. § (4) bekezdése.

**8. Az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatairól szóló 516/2020. (XI. 25.) Korm. rendelet módosítása**

25. § Hatályát veszíti az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatairól szóló 516/2020. (XI. 25.) Korm. rendelet

a) 7. § (4)–(6a) bekezdése,

(4) A Kormány az OKFŐ-t jelöli ki az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) 35/A. §-a szerinti Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér működtetőjeként.

(5) A Kormány az OKFŐ-t jelöli ki az Eüak. 35/H. §-a szerinti önrendelkezési nyilvántartást vezető szervként.

(6) A Kormány az OKFŐ-t jelöli ki az Eüak. 35/L. §-a szerinti feladatok ellátására kapcsolati kódot kezelő szervként.

(6a) Az OKFŐ a (4)–(6) bekezdés szerinti feladata ellátásába adatfeldolgozóként vonja be az Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaságot.

b) 7. § (12) bekezdése.

(12) Az OKFŐ mint az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér működtetője a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogok érvényesítése érdekében az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 19/A. §-a szerinti nemzeti kapcsolattartó szerv. Az OKFŐ nemzeti kapcsolattartó szervként biztosítja a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogok érvényesítésével összefüggő információcserét az Európai Unió tagállamainak nemzeti kapcsolattartó szerveivel és az Európai Bizottsággal együttműködve.

**9. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet módosítása**

26. § Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet (a továbbiakban: R5.) 11. §-a a következő (3) bekezdéssel egészül ki:

„(3) Az (1) bekezdésben előírt valamennyi tájékoztatási pontban történő változásáról legkésőbb a hatálybalépésük napján tájékoztatni kell az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyeket.”

11. § (1) Az egészségügyi intézmény vezetőjének az egészségügyi szolgálati jogviszony kezdetétől számított 8 nap áll rendelkezésére ahhoz, hogy írásban tájékoztatást adjon az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állónak

- a) a napi munkaidőről, az elrendelhető ügyelet, készenlét és az önként vállalt többletmunka szabályairól,
- b) az illetményről és egyéb juttatásokról, támogatásokról,
- c) az illetménnyel való elszámolás módjáról, az illetményfizetés gyakoriságáról, a kifizetés napjáról,
- d) a munkakörbe tartozó feladatokról,
- e) a szabadság mértékéről, számítási módjáról és kiadásának rendjéről,
- f) a munkáltatóra és az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állóra irányadó felmondási idő megállapításának szabályairól,
- g) a munkáltatói jogkör gyakorlójáról,
- h) a minősítésre vonatkozó szabályokról és
- i) az összeférhetlenségre vonatkozó szabályokról.

(2) Az (1) bekezdés a)–c) és e)–f) pontjában előírt tájékoztatás munkaviszonyra vonatkozó szabály rendelkezésére történő hivatkozással is megadható.

27. § Az R5. 36. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„36. § Ez a rendelet

- a) a munkaidő-szervezés egyes szempontjairól szóló, 2003. november 4-i 2003/88/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvnek,
- b) az Európai Unióban alkalmazandó átlátható és kiszámítható munkafeltételekről szóló, 2019. június 20-i (EU) 2019/1152 európai parlamenti és tanácsi irányelvnek,
- c) a szülők és a gondozók vonatkozásában a munka és a magánélet közötti egyensúlyról és a 2010/18/EU tanácsi irányelv hatályon kívül helyezéséről szóló, 2019. június 20-i (EU) 2019/1158 európai parlamenti és tanácsi irányelvnek való megfelelést szolgálja.”

36. § Ez a rendelet a munkaidő-szervezés egyes szempontjairól szóló, 2003. november 4-i 2003/88/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvnek való megfelelést szolgálja.

28. § Az R5. 11. § (1) bekezdésében a „8 nap” szövegrész helyébe a „7 nap” szöveg lép.

29. § Hatályát veszti az R5. 23. § (3) bekezdése.

(3) Az országos kórház-főigazgató ellátási érdekből engedélyezheti az Eszjtv. hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltató számára személyes közreműködő igénybevételét.



**10. A praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet módosítása**

30. § A praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet

- a) 3. § (1) bekezdés g) pontjában az „ügyeleti szolgálatokkal” szövegrész helyébe az „ügyeleti szolgálatokkal, valamint az állami mentőszolgálattal együttműködve” szöveg,
- b) 4/C. § (2) bekezdésében az „ügyeleti feladatokat is elláthat” szövegrész helyébe az „ügyeleti feladatokat is elláthat az állami mentőszolgálattal egyeztetve” szöveg,
- c) 4/C. § (3) bekezdésében az „az önkormányzatokkal” szövegrész helyébe az „az önkormányzatokkal és az állami mentőszolgálattal” szöveg lép.

**11. A központi egészséginformatikai szolgáltatásokról szóló 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet módosítása**

31. § A központi egészséginformatikai szolgáltatásokról szóló 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet (a továbbiakban: R6.) 1. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„1. § E rendelet meghatározza

- a) az egészségügyért felelős miniszter (a továbbiakban: miniszter) által az ESZFK Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság (a továbbiakban: Szolgáltatóközpont) útján az egészségügy területén nyújtott központosított informatikai szolgáltatások körét,
- b) az a) pont szerinti szolgáltatások igénybevételére kötelezett és jogosult szervek körét,
- c) azoknak az informatikai rendszereknek a körét, amelyek üzemeltetéséről vagy fejlesztéséről az e rendeletben meghatározott módon a Szolgáltatóközpont gondoskodik,
- d) az egészségügyért felelős miniszternek az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) 35/B. §-a szerinti Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel (a továbbiakban: EESZT) kapcsolatos feladatait, valamint
- e) a Szolgáltatóközpont egyéb feladatait.”

32. § Az R6. 2. §-a a következő (1a) és (1b) bekezdéssel egészül ki:

„(1a) A Szolgáltatóközpont támogatja az egészségügyért felelős miniszternek az EESZT csatlakozáshoz használt informatikai rendszer engedélyezéséhez szükséges műszaki bevizsgáláshoz kapcsolódó feladatait.

(1b) A Szolgáltatóközpont ellátja az 1. melléklet 1–3. pontja szerinti központi egészséginformatikai rendszerekhez kapcsolódó oktatási feladatokat.”

33. § Az R6. a következő 3/A. alcímmel egészül ki:

„3/A. Az EESZT-vel kapcsolatos kijelölő rendelkezések

5/A. § (1) A Kormány az egészségügyért felelős minisztert jelöli ki

- a) az Eüak. 35/A. §-a szerinti EESZT működtetőjeként;
- b) az Eüak. 35/H. §-a szerinti önrendelkezési nyilvántartást vezető szervként;
- c) az Eüak. 35/L. §-a szerinti feladatok ellátására kapcsolati kódot kezelő szervként.

(2) Az egészségügyért felelős miniszter az 5/A. § (1) bekezdés a) pontja szerinti feladatkörében eljárva a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogok érvényesítése érdekében az Eüak. 19/A. §-a szerinti nemzeti kapcsolattartó szerv. Az egészségügyért felelős miniszter nemzeti kapcsolattartó szervként biztosítja a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó jogok érvényesítésével összefüggő információcserét az Európai Unió tagállamainak nemzeti kapcsolattartó szerveivel és az Európai Bizottsággal együttműködve.

(3) Az egészségügyért felelős miniszter az e rendeletben meghatározott feladatkörei ellátása során érvényesíti a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről (általános adatvédelmi rendelet) szóló, 2016. április 27-i (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet rendelkezéseit, és biztosítja, hogy az EESZT-ben szereplő adatokhoz arra nem jogosult szerv vagy személy ne férjen hozzá.

(4) Az egészségügyért felelős miniszter az e § szerinti feladata ellátásába adatfeldolgozóként vonja be a Szolgáltatóközpontot.”

34. § Az R6. a következő 9/A. és 9/B. §-sal egészül ki:

„9/A. § (1) Az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 630/2022. (XII. 30.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Mód. R.) által megállapított 5/A. § szerinti feladatok alapján az egészségügyért felelős miniszterhez átkerülő feladat- és hatáskörök tekintetében az OKFŐ jogutódja a Belügyminisztérium, – az ellátásukhoz kapcsolódó egyéb feladatokra,

jogosultságokra és kötelezettségekre kiterjedően – a jogutódlás a Kit. 20. § (5) bekezdése szerint történik.

(2) Az (1) bekezdés szerinti jogutódlás kiterjed a következőkre:

- a) az átkerülő feladatokhoz kapcsolódó vagyoni jogok és kötelezettségek,
- b) az átkerülő feladatokhoz tartozó ingó és ingatlan eszköz- és infrastruktúra-állomány,
- c) az (1) bekezdésben meghatározott feladatokat ellátó kormánytisztviselők, más kormányzati szolgálati jogviszonyban állók, illetve munkavállalók feletti munkáltatói jogok, valamint a munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban foglalkoztatottakkal kapcsolatos jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése, valamint kormányzati szolgálati jogviszonyuk, munkaviszonyuk, valamint munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyuk,
- d) a c) pontban megjelölt kormánytisztviselőkkel, más kormányzati szolgálati jogviszonyban állókkal, munkavállalókkal, valamint munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban foglalkoztatottakkal összefüggő funkcionális feladatokat – ideértve különösen az iratkezelési, személyügyi feladatokat, továbbá a költségvetés tervezésével, az előirányzatok módosításának, átcsoportosításának és felhasználásának végrehajtásával, a finanszírozási, adatszolgáltatási, beszámolási és a pénzügyi, számviteli rend betartásával, a költségvetési szerv működtetésével, a költségvetési szerv használatában lévő vagyon használatával, védelmével összefüggő feladatokat – ellátó kormánytisztviselők, illetve munkavállalók feletti munkáltatói jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése, valamint a kormányzati szolgálati jogviszonyuk és munkaviszonyuk.

(3) Az (1) és (2) bekezdéstől eltérően az EFOP-1.9.6-16-2017-00001 azonosító számú „Elektronikus egészségügyi ágazati fejlesztések” projekt keretében végrehajtott Ápolástámogatási rendszer és Járóbeteg-irányítási rendszer fejlesztések tekintetében fennálló szerződések és vagyoni elemek nem szállnak át a Szolgáltatóközpontra, azzal, hogy a megvalósítás szakmai irányítását a belügyminiszter végzi.

9/B. § (1) Az OKFŐ-nél az EESZT-hez kapcsolódó álláshelyeken a Mód. R. hatálybalépését megelőző napon foglalkoztatott, a 9/A. § alá nem tartozó kormánytisztviselő kormányzati szolgálati jogviszonya a kormányzati igazgatásról szóló 2018. évi CXXV. törvény 114. §-a alapján a Mód. R. hatálybalépésének napján munkaviszonnyá alakul át, a munkavállaló munkáltatója a Szolgáltatóközpont.

(2) Az (1) bekezdés szerinti munkavállaló munkabérét a Szolgáltatóközpont úgy állapítja meg, hogy az nem lehet kevesebb, mint amekkora összegre az érintett – kormányzati szolgálati jogviszonyban illetményként – a kinevezési okirat alapján a Mód. R. hatálybalépését megelőző napon jogosult volt.

(3) Az OKFŐ-nél a Mód. R. által megállapított 2. § (1a) és (1b) bekezdése szerinti feladatok esetében, azok tekintetében kötött szerződéseiből származó jogok és kötelezettségek a Mód. R. hatálybalépésének napján a Szolgáltatóközpontra szállnak át, az ilyen szerződések esetében a Szolgáltatóközpont az OKFŐ jogutódjaként helyébe lép.

(4) A Mód. R. által megállapított 2. § (1a) és (1b) bekezdése szerinti feladatokhoz szükséges vagyoni elemekre vonatkozó, az OKFŐ-nél lévő vagyonkezelési jogok és kötelezettségek a Mód. R. hatálybalépésének napján a Szolgáltatóközpontra szállnak át. Az OKFŐ és a Szolgáltatóközpont a Mód. R. hatálybalépését követő 30 napon belül jegyzőkönyvben rögzítik az érintett vagyonkezelési jogok és kötelezettségek körét, valamint a vagyonelemek értékét.”

35. § Az R6.

a) 8. § (5) bekezdésében az „OKFŐ-nél” szövegrész helyébe az „Országos Kórházi Főigazgatóságnál (a továbbiakban: OKFŐ)” szöveg,

b) 1. melléklet 1. pontjában az „Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT)” szövegrész helyébe az „EESZT” szöveg lép.

36. § Hatályát veszti az R6. 4. §-ában az „– az Országos Kórházi Főigazgatóság (a továbbiakban: OKFŐ) bevonásával –” szövegrész.

## **12. Záró rendelkezések**

37. § (1) Ez a rendelet – a (2)–(4) bekezdésben foglalt kivétellel – 2023. január 1-jén lép hatályba.

(2) Az 1–3. § 2023. február 1-jén lép hatályba.

(3) A 8. § (1) bekezdése és a 16. § a), b) és d) pontja 2023. április 1-jén lép hatályba.

(4) A 29. § 2024. január 1-jén lép hatályba.

38. § (1) Ez a rendelet a belső piaci szolgáltatásokról szóló, 2006. december 12-i 2006/123/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvnek való megfelelést szolgálja.

(2) Ez a rendelet a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló, 2011. március 9-i 2011/24/EU európai parlamenti és tanácsi irányelv 6. cikkének való megfelelést szolgálja.

(3) Ez a rendelet

a) a munkaidő-szervezés egyes szempontjairól szóló, 2003. november 4-i 2003/88/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvnek,

b) az Európai Unióban alkalmazandó átlátható és kiszámítható munkafeltételekről szóló az Európai Parlament és a Tanács 2019. június 20-i (EU) 2019/1152 irányelvének, és a szülők és a gondozók vonatkozásában a munka és a magánélet közötti egyensúlyról és a 2010/18/EU tanácsi irányelv hatályon kívül helyezéséről szóló, 2019. június 20-i (EU) 2019/1158 európai parlamenti és tanácsi irányelvének

való megfelelést szolgálja.

Orbán Viktor s. k.,

miniszterelnök

1. melléklet a 630/2022. (XII. 30.) Korm. rendelethez  
 „5. számú melléklet a [43/1999. \(III. 3.\) Korm. rendelethez](#)

Megnevezés		2023. évi előirányzat
<b>Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás</b>		
	Praxisfinanszírozás	104 742,0
	Háziorvosi, szakdolgozói bértámogatás	117 049,6
	Indikátorrendszer finanszírozás és teljesítményfinanszírozás	22 154,0
	Eseti ellátás díjazása	649,3
	Ügyeleti szolgálat	13 106,2
<b>1.</b>	<b>Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás összesen</b>	<b>257 701,1</b>
<b>Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem</b>		
	Iskolaegészségügyi ellátás	2 317,1
	Iskolaegészségügyi ellátás bértámogatás	255,1
	Védőnői ellátás	24 009,8
	Anya-, gyermek- és csecsemővédelem	483,4
	MSZSZ: gyermekgyógyászat	121,6
	MSZSZ: nőgyógyászat	96,3
<b>2.</b>	<b>Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen</b>	<b>27 283,3</b>
<b>Fogászati ellátás</b>		
	Praxisfinanszírozás	38 950,7
	Indikátorrendszer finanszírozás	3 543,4
	Fogorvosi, szakdolgozói bértámogatás	45 069,1
<b>3.</b>	<b>Fogászati ellátás összesen</b>	<b>87 563,2</b>
<b>4.</b>	<b>Otthoni szakápolás</b>	<b>6 480,8</b>
<b>5.</b>	<b>Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás</b>	<b>9 796,9</b>
<b>6.</b>	<b>Művesekezézés</b>	<b>27 771,1</b>
<b>Célelőirányzatok</b>		
	Méltányossági alapon történő térítések	3 911,3
	Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj	55,0
	Tartósan betöltetlen háziorvosi és fogorvosi körzetek betöltésének, valamint háziorvosi tevékenység végzéséhez szükséges praxisjog vásárlásának támogatása	1 250,0
	Tervezett külföldi ellátások orvosi felülvizsgálata	20,0
	Egészségügyi dolgozók 2018-2023. évi béremelésének fedezete	679 067,8
	Egészségügyi dolgozók fix összegű bérkiegészítésének, béremelésének fedezete	3 830,1
	Az egészségügyi dolgozók pénzellátást helyettesítő jövedelem-kiegészítése	15 787,3

<b>Megnevezés</b>		<b>2023. évi előirányzat</b>
	Fiatal szakorvosok támogatása	320,8
<b>7.</b>	<b>Célelőirányzatok összesen</b>	<b>704 242,3</b>
<b>8.</b>	<b>Mentés</b>	<b>45 560,5</b>
<b>9.</b>	<b>Laboratóriumi ellátás</b>	<b>24 266,1</b>
	<b>Összevont szakellátás</b>	
	Járóbeteg-szakellátás	201 756,4
	Népegészségügy fejlesztése	2 717,5
	2023. évi többletkapacitás befogadás fedezete	3 000,0
	Működési költségelőleg	2 000,0
	Molekuláris diagnosztikai (PCR) ellátás	7 791,6
	Fekvőbeteg-szakellátás	658 961,5
	<i>aktív fekvőbeteg-szakellátás</i>	<i>564 151,0</i>
	<i>krónikus fekvőbeteg-szakellátás</i>	<i>87 882,9</i>
	<i>fogvatartottak egészségügyi ellátása</i>	<i>1 927,6</i>
	<i>várólista csökkentés</i>	<i>5 000,0</i>
	Extrafinanszírozás	1 000,0
	Speciális finanszírozású szakellátás	49 548,3
<b>10.</b>	<b>Összevont szakellátás összesen</b>	<b>926 775,3</b>
<b>12.</b>	<b>Gyógyító-megelőző ellátás céltartalék</b>	<b>7 281,1</b>
<b>14.</b>	<b>Nagyértékű gyógyszerfinanszírozás</b>	<b>129 659,8</b>
	<b>ÖSSZESEN</b>	<b>2 254 381,5</b>

## 2. melléklet a 630/2022. (XII. 30.) Korm. rendelethez

Az R1. 14. számú melléklet „Kitöltési útmutató” rész 23. pont „N.” megjelölésű sora helyébe a következő sor lép,

és ezt követően a következő „M” megjelölésű sorral egészül ki:

„N. transzplantációs vagy keringéstámogató ellátás előtti ápolás lezárása

M. keringéstámogató ellátás lezárása”

23. A beteg további sorsa

1. belső kórházi áthelyezés

2. más fekvőbeteg gyógyintézetbe történő áthelyezés

3. otthonába bocsátva / az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló kormányrendelet szerinti ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató által nyújtott ellátás befejezettnek minősül

4. meghalt

5. részszámla

6. otthonába adaptációs szabadságra bocsátva

7. önkényesen távozott

8. szociális otthonba távozott

C. folytató rekord következik

D. naparányos finanszírozás, részjelentés

E. naparányos finanszírozást megelőző ellátás lezárása

**N. nagy értékű, országosan még nem elterjedt műtéti eljárás előtti ápolás lezárása**

P. kemoterápiás protokollváltás történt

R. otthonába bocsátva, rehabilitációra irányítva

S. otthonába bocsátva, elsőbbségi rehabilitációs ellátás megszakítása miatt

T. otthoni parenterális táplálás



3. melléklet a 630/2022. (XII. 30.) Korm. rendelethez  
„28. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez  
2023. évre vonatkozó súlyszám és pont keret

1. A járóbeteg-szakellátás – ideértve a CT-MRI vizsgálatokat is – 2022. november és 2023. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos keret mértéke: 88 011 289 105 pont. Ebből az egészségügyért felelős miniszter által az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével engedélyezett, a folyamatos ellátás biztosításával vagy egyéb ellátási érdekekkel összefüggő finanszírozás fedezetére szolgáló keret 10 000 000 pont.

2. A fekvőbeteg-szakellátás 2022. november és 2023. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos keret mértéke: 2 189 463 súlyszám. Ebből az egészségügyért felelős miniszter által az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével engedélyezett,

a) a folyamatos ellátás biztosításával vagy egyéb ellátási érdekekkel összefüggő finanszírozás fedezetére szolgáló keret, valamint

b) egyéb szakmapolitikai célok fedezete: 200 súlyszám.

3. A laboratóriumi ellátások 2022. november és 2023. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos keret mértéke: 9 693 668 529 pont. A molekuláris diagnosztikai vizsgálatok (PCR) 2022. november és 2023. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos keret mértéke: 3 818 979 427 pont.

4. Az egyes ellátási formák 2023. finanszírozási évre vonatkozó országos szezonális indexe:

Hónap Fekvőbeteg-szakellátás, Járóbeteg-szakellátás, PCR, laboratóriumi ellátás

2022. november 1/12

2022. december 1/12

2023. január 1/12

2023. február 1/12

2023. március 1/12

2023. április 1/12

2023. május 1/12

2023. június 1/12

2023. július 1/12

2023. augusztus 1/12

2023. szeptember 1/12

2023. október 1/12