

365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet és az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet módosításáról

Hatályosság: 2011.01.01 -

Tartalom:

- „E” jelentés – adatátviteli vonalon történő jelentés kibővítése
- A jogviszony ellenőrzés elmulasztása szankciója felső limitjének meghatározása
- A finanszírozási szerződés megszűnése esetén a finanszírozás szabályai (jogutódlás)
- Fogászati ellátásokra vonatkozó módosítások
- A teljesítmények elszámolási időszakának módosítása
- A TVK éves kereteinek havi bontására (szezonális index) vonatkozó szabály módosítása
- TVK átcsoportosítás szabályai
- Járó, fekvő- TVK felett egy szakaszban sávós, csökkentett finanszírozás
- A molekuláris diagnosztikai vizsgálatok (PCR) finanszírozási kereteinek megállapítása
- Az otthoni szakápolás éves előirányzatán alapuló vizitkapacitás megyék közötti felosztása
- Nagy értékű, országosan nem elterjedt műtéti eljárásokkal összefüggő ellátások elszámolása
- Járóbeteg-szakrendelés keretében végezhető nappali ellátás finanszírozása pontosítása
- A gyógyító-megelőző ellátások jogcímen belüli előirányzatainak módosítása
- Átfedéssel ellátási esetek elszámolása
Az aktív fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmények részére teljes ápolási eset nem számolható el mindaddig, amíg például a járóbeteg-szakellátó nem javítja ki az adatát, amely alapján az átfedés megszűnik. A hibajavításra rendelkezésre álló határidő – de csak az átfedésekről megküldött hibalista alapján történő javításokra vonatkozóan – egy hónappal történő meghosszabbítása.
- Krónikus és ápolási osztályon történő ellátások finanszírozásának változása
- 100 %-os ágykihasználtság szabálya alóli mentesítés
A koraszülöttek intenzív ellátását biztosító osztályok mentesülnek a 100%-os ágykihasználtsági szabály alól – a koraszülöttek ellátásának mindenkori biztosítása érdekében.
- A CT/MRI jelentési rekordkép kiegészítése az irányítószámmal
- Az elszámolási nyilatkozatra vonatkozó adatszolgáltatás megszüntetése
- A járóbeteg-szakellátási teljesítmények elszámolásában a minimumidőre vonatkozó szabályozás (5 perces szabály megszűnik)
Az R. 2009. szeptember 1-től rendelkezik a járóbeteg-szakellátás egyes tevékenységeinek minimális ellátási idejéről, amely a finanszírozás során figyelembe vételre kerül.
- Krónikus kapacitáson aktív belgyógyászati ellátásra vonatkozó szabályozás megszüntetése
- Átmeneti működési engedély

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

a 15–16. § tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés *b*) pontjában

kapott felhatalmazás alapján, az Alkotmány 35. § (1) bekezdés *b*) pontjában 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: Kr.) 1. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„1. § E rendelet hatálya az Országos Egészségbiztosítási Pénztárra (a továbbiakban: OEP) mint finanszírozóra, valamint a finanszírozóval az Egészségbiztosítási Alapból (a

továbbiakban: E. Alap) finanszírozott egészségügyi szolgáltatás nyújtására szerződött egészségügyi szolgáltatókra terjed ki.”

1. § E rendelet hatálya az Országos Egészségbiztosítási Pénztár **központi szervére** (a továbbiakban: OEP), **a regionális egészségbiztosítási pénztárakra (a továbbiakban: REP, és a továbbiakban az OEP-pel együtt:** finanszírozó), valamint a finanszírozóval az Egészségbiztosítási Alapból (a továbbiakban: E. Alap) finanszírozott egészségügyi szolgáltatás nyújtására szerződött egészségügyi szolgáltatókra terjed ki.

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

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

A fekvőbeteg-szakellátás során nyújtott ellátásokról a jelentést az OEP részére legalább fokozott biztonságú elektronikus aláírással hitelesített, autentikus időbélyeget használó és rejtjelezéssel védett elektronikus rendszer útján kell megküldeni.”

(2) A szolgáltató az általa nyújtott, a finanszírozás alapjául szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról – **a fekvőbeteg-szakellátás kivételével** – kísézőjegyzékkel, számítógépes adathordozón vagy adatátviteli vonalon a megadott formátumban (rekordkép), e rendelet szerint adatot szolgáltat (a továbbiakban: jelentés) a finanszírozó részére.

A fekvőbeteg-szakellátás során nyújtott ellátásokról a jelentést az OEP részére legalább fokozott biztonságú elektronikus aláírással hitelesített, autentikus időbélyeget használó és rejtjelezéssel védett elektronikus rendszer útján kell megküldeni.

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

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

4/A. § (1) A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Vhr.) 12/B. § (1) bekezdése szerinti egészségügyi szolgáltató – a (3) bekezdésben foglaltak kivételével – az adott ellátás után járó összeg 90 százalékára jogosult, ha a Vhr. 12/B. §-ában meghatározott ellenőrzési kötelezettségét nem teljesítette.

Vhr. 12/B. § (1) Az Ebtv. 30. § (1) bekezdésében meghatározott finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató – a mentést, betegszállítást, védőnői szolgáltatást, otthoni szakápolást, iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátást, mozgó szakorvosi szolgálatot teljesítő szolgáltató, valamint a beteg közvetlen jelenlétét nem igénylő diagnosztikai és kórszövettani vizsgálat és boncolás kivételével – (e § alkalmazásában a továbbiakban: egészségügyi szolgáltató) **az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően, transzplantáció esetén a transzplantáció céljából történt fekvőbeteg-gyógyintézeti felvételkor az ellátás igénybevételét megelőzően, a TAJ számot igazoló hatósági igazolvány bemutatását, vagy ennek hiányában az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 4. § (5) bekezdésében meghatározott adatok hitelt érdemlő igazolását követően, az OEP nyilvántartásában közvetlenül elektronikus úton (on-line) ellenőrzi, hogy az Ebtv. 29. § (4) bekezdésében meghatározott személy a nyilvántartásban az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e. A 14. életévét be nem töltött személy esetében az ellenőrzést minden egészségügyi szolgáltatónak egyszer, az adott személy első alkalommal történő ellátása során kell elvégeznie. Az ellenőrzést adott ellátási formában egy napon nyújtott szolgáltatások számától függetlenül egyszer kell elvégezni.**

(5) Abban az esetben, ha az ellátott személy vagy hozzátartozója a TAJ-számot igazoló okmányt az ellátást követő 15 napon belül nem mutatja be, az ellátást végző szolgáltató a finanszírozónál kezdeményezi a TAJ-szám rendelkezésre bocsátását az ellátott személy azonosítására szolgáló, rendelkezésre álló adatok (név, születési hely, idő, anyja neve, lakcíme) megküldésével. A finanszírozótól megkapott TAJ-számon történik meg a teljesítmény jelentése.

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

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

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

6/C. § (1) A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi szolgáltató a finanszírozás megszűnését követően, az adott szolgálat háziiorvosához bejelentkezett biztosítottak két hónappal korábbi állapotnak megfelelő száma alapján, egyhavi díjazásra jogosult.

(2) Az egészségügyi szolgáltató vagy annak önálló szervezeti egysége teljesítményen alapuló finanszírozási szerződésének megszüntetését követően végső elszámoláskor a szolgáltató

a) amennyiben az adott szolgáltatás tekintetében kizárólag teljesítményen alapuló finanszírozásban részesült, minden jelentett és elszámolható teljesítmény után a teljesítéskor hatályos jogszabályokban meghatározott elszámolási szabályok szerinti,

b) amennyiben az adott szolgáltatás teljesítményen alapuló finanszírozása fix összegű átalánydíjazással kezdődött, a finanszírozás megszűnését megelőző 12 havi teljesítménydíj összegéből számított egyhavi átlag 70 százaléknak megfelelő összegű díjazásra jogosult.

(3) Az egészségügyi szolgáltató nem jogosult a (2) bekezdés szerinti díjra a finanszírozott kapacitás belső átszervezése esetén.

(4)

(5) Amennyiben a finanszírozási szerződés azért szűnt meg, mert az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv ellátási kötelezettségének átruházásáról más egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervvel megállapodott, vagy az ellátási kötelezettsége körébe tartozó közszolgáltatások nyújtására más egészségügyi szolgáltatóval egészségügyi ellátási szerződést kötött, akkor a finanszírozási szerződés megszűnését megelőzően nyújtott és elszámolható teljesítmények után járó díjat az OEP a megállapodó, illetve a szerződő felek erre vonatkozó külön megállapodása szerint utalványozza.

(6) Ha a finanszírozási szerződés az (5) bekezdés szerint, vagy az egészségügyi szolgáltató megszűnik, az új megállapodás, illetve szerződés megkötése során figyelembe kell venni az Ebtv. 34. § (2) bekezdésének rendelkezését, és ha a megszüntetett egészségügyi szolgáltató az Ámr. szerinti nettó finanszírozási körbe tartozott, a megszüntetett okirat tartalmára vonatkozó rendelkezést. A megállapodásban, illetve a szerződésben rendelkezni kell az átvállalt feladatot ellátó szolgáltatóval kötött finanszírozási szerződés megszűnése esetén a teljesítménydíj utalásának az Ebtv. 34. § (2) bekezdésének rendelkezésére figyelemmel meghatározott rendjéről.

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

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

(5) Az egy éven túl helyettesítéssel ellátott alapellátást nyújtó fogorvosi szolgálatok – ideértve az egyetemi alapellátást nyújtó szolgálatokat is – esetén a szolgáltató az alapdíj 60%-ára jogosult. Nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgáltató a praxis ellátására a teljes rendelési időben másik szakorvost foglalkoztat.

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

„(1) A rendelkezések teljesítményéről a fogászati szolgáltató a **4. § (2) bekezdése és a 23. § (8) bekezdése szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig.**

Az OEP a kiszámított díjat a jelentés megküldésének hónapjában utalványozza a szolgáltatónak. A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapidj, valamint a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj.”

25. § (1) A rendelkezések teljesítményéről a fogászati szolgáltató kísézőjegyzékkel, számítógépes adathordozón a 23. § (8) bekezdése szerint jelentést küld a finanszírozónak, legkésőbb a tárgyhónapot követő hónap 5. napjáig.

Az OEP a kiszámított díjat a jelentés beküldését követő hónapban utalványozza a Kincstárnak. A teljesítménydíjjal egyidejűleg kerül kifizetésre az alapidj, valamint a 4/A. § (4) bekezdése szerinti jogviszony-ellenőrzési díj.

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

„(2) A **teljesítményvolumen keretet (a továbbiakban: TVK) a járóbeteg-szakellátásra – ideértve a 32. § szerinti CT, MRI vizsgálatokat is – és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan éves szinten,** valamint időarányosan – az ellátási igények változásának figyelembevételével – **havi bontásban kell meghatározni.** A tárgyidőszakra vonatkozó TVK havi bontása a **szolgáltató által megadott szezonális index alapján történik,** azzal, hogy az egyes hónapra vonatkozó szezonális index nem haladhatja meg a havi országos átlag 10 százalékkal növelt mértékét, és a tizenkét havi összes érték nem térhet el a 100 százaléktól. A szolgáltató a szezonális indexet évente egy alkalommal, a finanszírozónak a tárgyidőszakra vonatkozó TVK értékéről szóló értesítése kézhezvételétől számított 15 napon belül határozhatja meg. **Amennyiben a szolgáltató nem határozza meg a szezonális indexét, a TVK havi bontása a 28. számú mellékletben az egyes ellátási formákra meghatározott tárgyidőszakra vonatkozó országos szezonális index figyelembevételével történik.**

(2) A teljesítményvolumen (a továbbiakban: TVK) a járóbeteg-szakellátásra – ideértve a 32. § szerinti CT, MRI vizsgálatokat is –, az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan éves szinten, illetve időarányosan, – az ellátási igények **28. számú mellékletben meghatározott országos szezonális index szerinti változásának figyelembevételével – havi bontásban kell meghatározni.**

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

(3) A (2) bekezdés szerinti TVK megállapításának alapját – ide nem értve a 29/A. § (1) bekezdése szerinti orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatokat – **a 2007. október 1-jétől 2008. szeptember 30-áig terjedő időszakra a szolgáltató, vagy az adott szolgáltatás tekintetében a szolgáltató jogelődje által jelentett és elszámolható, a finanszírozásra vonatkozó szabályok változásának teljesítményre gyakorolt hatásával korrigált teljesítmény mennyisége (a továbbiakban: bázisteljesítmény) képezi.** A járóbeteg-szakellátást és az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók részére a tárgyidőszakra vonatkozó TVK a 28. számú mellékletben meghatározott országos teljesítményvolumen terhére, a **bázisteljesítményük arányában kerül megállapításra.**

(2) A Kr. 27. §-a a következő (3a)–(3e) bekezdéssel egészül ki:

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

a) 35 százaléka terhére az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézethez nem integrált, legalább heti 100 óra lekötött kapacitással rendelkező, és legalább négy szakmában szerződött szolgáltatást nyújtó szolgáltató esetében a 2009. november 1-jétől 2010. október 31-éig

terjedő időszakra a szolgáltató, vagy az adott szolgáltatás tekintetében jogelődje által jelentett és elszámolható teljesítmény (a továbbiakban: járóbeteg-szakellátási bázisteljesítmény) arányában;

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

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

a) a TVK növelésre meghatározott országos keret terhére a 2006–2008. év közötti TVK változás figyelembevételével, a változás mértékétől függően, a 28. számú mellékletben meghatározott arányban;

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

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

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

(3d) A (3), (3a) bekezdés alapján meghatározott járóbeteg-szakellátásra vonatkozó TVK-t – a 2010. évre az OEP által kiközölt és aktualizált, a miniszteri tartalék terhére biztosított növekmény nélkül – a 2010. finanszírozási év lezárásakor fel nem használt TVK mértékével (maradvány) csökkenteni kell.

(3e) Az aktív fekvőbeteg kapacitással rendelkező szolgáltató TVK növekményre jogosult az R. 9. számú melléklete szerinti beavatkozások 2009. november 1-jétől 2010. október 31-éig terjedő időszakra (a továbbiakban: egynapos ellátási bázisidőszak) jelentett és elszámolható teljesítménye (a továbbiakban: egynaposként ellátható bázisteljesítmény) alapján a 28. számú mellékletben egynapos ellátás fejlesztésére megállapított országos TVK keret terhére. A szolgáltatók az egynaposként ellátható bázisteljesítményük 20 százalékanak megfelelő mértékű növekményre jogosultak. Nem részesül TVK növekményben az a szolgáltató, amelynek a TVK növekmény alapjául szolgáló egynaposként ellátható bázisteljesítménye nem éri el az évi 100 súlyszámot. A TVK növekmény csak egynapos tevékenységre használható fel. Az OEP a honlapján közzéteszi a TVK növekményre jogosult szolgáltatók egynaposként ellátható bázisteljesítményét és az egynapos ellátási bázisidőszakra egynapos ellátásként jelentett és elszámolt teljesítményeit.”

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

„(6) Az orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok esetében a TVK megállapítása az R. 2. számú mellékletében külön jelzéssel ellátott molekuláris diagnosztikai vizsgálatokra az egészségügyért felelős miniszter által meghatározott keret mértékéig kötött szolgáltatásvolumen szerződés alapján finanszírozott ellátások kivételével történik. **A molekuláris diagnosztikai vizsgálatokra szerződött szolgáltatók részére a tárgyévre**

vonatkozó szolgáltatásvolumen keret az egészségügyért felelős miniszter által meghatározott országos keret terhére a (3) bekezdés szerinti TVK arányában kerül megállapításra.”

(6) Az orvosi klinikai és mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatok esetében a TVK megállapítása az R. 2. számú mellékletében külön jelzéssel ellátott molekuláris diagnosztikai vizsgálatokra az egészségügyi miniszter által meghatározott keret mértékéig kötött szolgáltatásvolumen szerződés alapján finanszírozott ellátások kivételével történik.

(4) A Kr. 27. §-a a következő (9) bekezdéssel egészül ki:

„(9) Az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv kezdeményezheti a finanszírozónál a **saját fenntartásában lévő egészségügyi szolgáltatók közötti TVK átcsoportosítását.**”

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

[A 27. § szerinti TVK-t módosítani kell:]

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

27/A. § (1) A 27. § szerinti TVK-t módosítani kell:

a) az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (a továbbiakban: Eftv.) és az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet alapján engedélyezett aktív fekvőbeteg-szakellátási kapacitás egynapos ellátási, illetőleg járóbeteg-szakellátási kapacitással, vagy krónikus fekvőbeteg-szakellátásra történő átcsoportosítása esetén,

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

[A 27. § szerinti TVK-t módosítani kell:]

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

c) az Eftv. 4. §-a szerinti eljárásban történő feladatváltozás esetén,

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

[A 27. § szerinti TVK-t módosítani kell:]

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

g) az egészségügyi miniszter jóváhagyása alapján a kihasználatlan TVK szolgáltatók közötti felosztásával, valamint adott szolgáltatás igénybevételének változása alapján az érintett szolgáltatók közötti átcsoportosításával,

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

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

(5) Az (1) bekezdés h) pontja alapján a feladatra jutó TVK mértékével kell módosítani, illetve megállapítani a feladatváltozással érintett szolgáltatók TVK-ját.

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

(6) Amennyiben az ellátási terület változása TVK módosítást igényel, a TVK átcsoportosítás a változással érintett ellátási terület **lakosai által a szolgáltatások igénybevétele szerinti bázisteljesítmény arányában történik.**

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

„(1a) Amennyiben a szolgáltató tárgyhónapra jelentett és elszámolható **járóbeteg-szakellátási teljesítménye** – ide nem értve a 27. § (5) bekezdés a)–d) pontja szerinti teljesítményt – meghaladja az (1) bekezdés szerint elszámolt teljesítmény mértékét, a **többletteljesítményt az OEP**

a) **10 százalékgig 30 százalékos,**

b) **10 és 20 százalék között 20 százalékos**

alaplíjjal számolja el.

(1b) Amennyiben a szolgáltató tárgyhónapra jelentett és elszámolható **aktív fekvőbeteg-szakellátási teljesítménye** – ide nem értve a 27. § (7) bekezdése szerinti teljesítményt – meghaladja az (1) bekezdés szerint elszámolt teljesítményt, az OEP a **többletteljesítménynek legfeljebb 10 százalékát az alaplíj 30 százalékával számolja el.**”

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

„(7) Az OEP az **otthoni szakápolás 5. számú melléklet szerinti előirányzatának otthoni szakápolásra és otthoni hospice ellátásra elkülönített keretét a megyék között lakosságszám arányában osztja fel. A felosztásnál az 5000 fő alatti lakosságú településeket a lakosság számuk 30 százalékával növelt mértéke szerint kell figyelembe venni.**”

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

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

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

(17) Az OEP a megállapított díjat a jelentés leadását követő hónapban utalványozza.

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

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

(2) Egy fekvőbeteg-osztályos ellátási eset egy finanszírozási esetnek minősül, amelynek típusát a fekvőbeteg-ellátó osztály aktív vagy krónikus minősítése határozza meg. Önálló finanszírozási esetnek minősül a kórházban meghalt beteg boncolása is.

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

„(15) Az Eftv. alapján befogadott **nappali és kúraszerű ellátásra szerződött járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató részére** – a finanszírozási szerződésben meghatározott szolgáltatás, illetve **értékarányos teljesítmény mennyiség mértékéig – az R.-ben önálló elszámolási tételként meghatározott nappali, illetve kúraszerű ellátásokat a hozzárendelt**

pontértékkel lehet elszámolni, amennyiben az ellátás megfelel a 4. § (3) bekezdésében és a finanszírozási szerződésben foglalt feltételeknek, továbbá a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvben foglaltaknak.”

(15) Az Eftv. 11. §-a alapján befogadott nappali és kúraszerű ellátásra szerződött járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató részére – a finanszírozási szerződésben meghatározott szolgáltatás, illetve teljesítmény mennyiség mértékéig, **a (11) bekezdésben foglaltak alkalmazásával** – az R.-ben meghatározott nappali, illetve kúraszerű ellátások számolhatók el.

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

„49. § Az 5. számú melléklet tartalmazza a gyógyító-megelőző ellátások jogcímei éves előirányzatait ellátási formák szerinti bontásban. Az ellátási formákra külön soron feltüntetett előirányzatok jogcímenként együttesen is kezelhetők. **Az egyes jogcímekhez tartozó ellátási formák között az OEP főigazgató kezdeményezésére az egészségbiztosításért felelős miniszter átcsoportosíthat azzal, hogy a jogcímek előirányzata nem változhat.”**

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

13. § (1) A Kr. 5. számú melléklete helyébe az 1. melléklet lép.

(2) A Kr. 6/A. számú melléklete a 2. melléklet szerint módosul.

(3) A Kr. 6/B. számú melléklete a 3. melléklet szerint módosul.

(4) A Kr. 8. számú melléklete helyébe a 4. melléklet lép.

(5) A Kr. 8/A. számú melléklete helyébe az 5. melléklet lép.

(6) A Kr. 12. számú melléklete a 6. melléklet szerint módosul.

(7) A Kr. 14. számú melléklete a 7. melléklet szerint módosul.

(8) A Kr. 15. számú melléklete a 8. melléklet szerint módosul.

(9) A Kr. 26. számú melléklete a 9. melléklet szerint módosul.

(10) A Kr. 28. számú melléklete helyébe a 10. melléklet lép.

(11) A Kr. a 11. melléklet szerinti 28/A. számú melléklettel egészül ki.

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

„56. § (1) Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet és az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet módosításáról szóló 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelet 18. § 44. pontjával megállapított 37. § (5) bekezdés *d*) pontja **a 00001 kódszámú ápolási tevékenységet nyújtó és a 00015 kódszámú szakmai csoportba sorolt krónikus osztályon kezelt betegek ellátásának finanszírozása tekintetében a 2011. január havi teljesítmények elszámolásától alkalmazható.**

(2) Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet és az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet módosításáról szóló 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelet 18. § 11. pontjával megállapított 12/A. § (2) bekezdése szerinti **negyedéves rendszer szerinti díjazásra első alkalommal 2011. szeptemberben kerül sor.**”

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

„13. § (1) Ha az egészségügyi szakmára nincs meghatározva szakmai minimumfeltétel, ennek kiadásáig az egészségügyi szolgáltató kérelmére **átmeneti működési engedélyt** kaphat. Az egészségügyi szolgáltató kérelmére azon szakmák esetében is kaphat átmeneti működési engedélyt, amelyek az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló, illetve az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló jogszabályok szerint meghatározott nappali ellátási formában is végezhető, de az ellátási forma jellegéből adódó speciális szakmai feltételek nem kerültek meghatározásra.

(2) Az átmeneti működési engedély kiadásához szükséges szakmai feltételeket az engedélyezési eljárásban az egészségügyi államigazgatási szerv megkeresésére az Országos Tisztifőorvosi Hivatal az általa felkért országos szakfelügyelő véleménye alapján, a (3) és (4) bekezdésben meghatározottak szerint állapítja meg. A szakfelügyelő az átmeneti működési engedély kiadásához szükséges szakmai feltételekről szóló véleményét a felkérésétől számított 30 napon belül küldi meg az Országos Tisztifőorvosi Hivatalnak. A megadott átmeneti működési engedélyben szereplő szakmai feltételeket az Országos Tisztifőorvosi Hivatal a honlapján közzéteszi. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által az átmeneti működési engedélyben meghatározott szakmai feltételeket az egészségügyi államigazgatási szerv az azonos szakmára irányuló valamennyi engedélyezési eljárásban alkalmazza az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételek jogszabályban való meghatározásáig.

(3) Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal a szakmai minimumfeltétellel nem rendelkező szakma tekintetében az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló jogszabály rendelkezéseinek figyelembevételével, a szakmához tartozó tevékenységeknek megfelelő orvosi és szakdolgozói feltételeket, az ahhoz szükséges tárgyi, valamint közegészségügyi és speciális higiénés feltételeket meghatározva állapítja meg a működéshez szükséges minimumfeltételeket.

(4) Járóbeteg-szakellátás keretében gyakorolt szakmákban a nappali ellátási forma tekintetében a minimális követelményeket és a speciális személyi, tárgyi, valamint szakmai környezeti minimumfeltételeket az Országos Tisztifőorvosi Hivatal az ezen ellátási formában végezhető szakmához tartozó tevékenységekhez szükséges speciális feltételek szerint állapítja meg:

- a) a személyi feltételek tekintetében a nappali ellátás időtartama alatt biztosítandó, a tevékenységeknek megfelelő orvosi és szakdolgozói feltételek arányos meghatározásával,
- b) a tárgyi feltételek tekintetében az ellátási forma alapján végzett tevékenységek biztosításához szükséges tárgyi feltételek meghatározásával,
- c) a szakmai környezeti feltételek tekintetében a nappali ellátás jellegéből adódó közegészségügyi, speciális higiénés és a tevékenységek ellátásához szükséges egyéb szakmai feltételek meghatározásával.

(5) Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló jogszabály hatálybalépését követően, az egészségügyi szolgáltató – a jogszabály hatálybalépését követő 2 hónapon belül benyújtott – kérelmére az egészségügyi államigazgatási szerv a 15. §-nak az e bekezdésben és a (6) bekezdésben meghatározott eltérésekkel való alkalmazásával felülvizsgálja az átmeneti működési engedélyt. Ha az egészségügyi szolgáltató a minimumfeltételeknek megfelel, az egészségügyi államigazgatási szerv az átmeneti működési engedély visszavonása mellett működési engedélyt ad ki, ellenkező esetben az átmeneti működési engedélyt visszavonja.

(6) Ha az egészségügyi szolgáltató az (5) bekezdésben számára meghatározott határidőn belül nem kéri az átmeneti működési engedélye felülvizsgálatát, az engedély a jogszabály hatálybalépésétől számított második hónap utolsó napját követő nappal hatályát veszti.

(7) Az (1) bekezdésben meghatározott esetben a 12. §-ban foglalt feltételek fennállása esetén ideiglenes működési engedély is kiadható.”

13. § Ha az egészségügyi szakmára nincs meghatározva szakmai minimumfeltétel, ennek kiadásáig az egészségügyi szolgáltató átmeneti működési engedélyt kaphat. A minimumfeltételről szóló jogszabály hatálybalépését követően, az egészségügyi szolgáltató kérelmére az egészségügyi államigazgatási szerv a 15. §-ban foglaltak szerint felülvizsgálja az átmeneti működési engedélyt. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a minimumfeltételeknek megfelel, az egészségügyi államigazgatási szerv az átmeneti működési engedély visszavonása mellett működési engedélyt ad ki. A 12. §-ban foglalt feltételek fennállása esetén ideiglenes működési engedély is kiadható.

16. § Az Mkr. a következő 24. §-sal egészül ki:

„24. § Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet és az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet módosításáról szóló 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Módr.) 15. §-ával megállapított 13. § a Módr. hatálybalépését követően benyújtott kérelmek elbírálása során alkalmazandó. A Módr. hatálybalépésekor már átmeneti működési engedéllyel rendelkező szolgáltató a működési engedélye első módosítását követően kell, hogy megfeleljen az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által meghatározott minimumfeltételeknek.”

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

18. § A Kr.

1. 4/A. § (3) bekezdés *d)* pontjában a „teljesítménydíj 10%-a” szövegrész helyébe a „teljesítménydíj 10%-a, de legfeljebb 1000 forint” szöveg,

2. 5. § (1) bekezdésében a „teljesítés hónapját követő negyedik hónap 5. napjáig” szövegrész helyébe a „teljesítés hónapját követő negyedik hónap 5. napjáig, **a (3) bekezdés b) pontja szerinti átfedésekről megküldött hibalista alapján a teljesítés hónapját követő ötödik hónap 5. napjáig**” szöveg,

5. § (1) Adathiány vagy hibás adat miatt a szolgáltató a pótlólagos vagy javított elszámolás iránti igényét legfeljebb a teljesítés hónapját követő második hónap 5. napjáig küldheti meg. Az elszámoló által megküldött hibalista alapján a teljesítés hónapját követő negyedik hónap 10. napjáig nyújtható be az adat javítása, illetve a technikai okokból feldolgozhatatlan adat pótlása. A teljesítmények OEP által történő adatfeldolgozása során elkövetett hibák kijavítását az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendeletben (a továbbiakban: R.) meghatározott – az adott ellátásra vonatkozó elszámoláskor hatályban lévő – finanszírozási szabály hatályának idejére visszamenőleg kell elvégezni. A javított tételek elszámolása a hibás elszámolás időszakában érvényes forintértékkel történik.

b) ha a fekvőbeteg-szakellátást igénybe vevő adatai azonos ellátási napon egyéb ellátási formában is jelentésre kerülnek, ez alól kivételt képeznek krónikus fekvőbeteg-szakellátás esetén a CT, MRI diagnosztikai vizsgálatok, az újszülöttek járóbeteg-szakellátásban jelenthető szűrővizsgálata, a dialízis ellátások, továbbá az R. 8. számú melléklete szerinti ellátások. Az otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás esetében egy elrendelő lap alapján végzett teljes ellátási időszak hibásnak minősül, ha azonos időszak alatt fekvőbeteg-szakellátás igénybevétele is jelentésre kerül.

Amennyiben a hiba javítására az első elszámoló által, az átfedésekről készített és az érintett szolgáltatóknak kiküldött lista alapján az (1) bekezdésben előírt határidőig nem kerül sor, az átfedéssel érintett elszámolási tételek nem kerülnek elszámolásra, kivéve, ha az elszámolási tételek közötti átfedések rendezését e rendelet másképp szabályozza.

3. 6. § (2) bekezdés *b)* pontjában az „egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter és az államháztartásért felelős miniszter” szöveg,

4. 6. § (3) bekezdésében az „államháztartás működési rendjéről szóló 217/1998. (XII. 30.) Korm. rendeletben (a továbbiakban: Ámr.)” szövegrész helyébe az „államháztartás működési rendjéről szóló kormányrendeletben (a továbbiakban: Ámr.)” szöveg,

5. 6/A. § (2) bekezdésében az „egészségügyi minisztert és a pénzügyminisztert” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős minisztert és az államháztartásért felelős minisztert” szöveg,

6. 8. § (1) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,

7. 8. § (3)–(5) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,

8. 10. § (1) bekezdésében az „A REP” szövegrész helyébe az „Az OEP” szöveg,

9. 10. § (2) bekezdésében az „Az egészségügyi miniszter kijelölése alapján a REP” szövegrész helyébe az „Az egészségügyért felelős miniszter kijelölése alapján az OEP” szöveg,

10. 11. § (5) és (6) bekezdésében az „a REP” szövegrészek helyébe az „az OEP” szöveg,

11. 12/A. § (2) bekezdése a következő mondattal egészül ki: „Az (1) bekezdés szerinti díjfizetés a 2011. áprilisi időszak értékelésétől kezdődően negyedéves gyakorisággal történik.”,

12/A. § (1) A háziorvosi szolgáltató a háziorvos gyógyító-megelőző tevékenységének a 11. § (2) bekezdése szerinti értékelése alapján, abban az esetben jogosult teljesítménydíjazásra, ha a számított indikátorok legalább 25%-ában 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 háziorvosi szolgáltatók országos szinten összesített pontszámának hányadosa.

12. 15. § (1) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,

13. 19. § (1) bekezdésében az „A REP” szövegrész helyébe az „Az OEP” szöveg,

14. 20. § (1) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,

15. 21. § (1) bekezdésében az „A REP” szövegrész helyébe az „Az OEP” szöveg,

16. 21. § (2) bekezdésében a „0–6 éves korú gyermek után 3” szövegrész helyébe a „0–7 éves korú gyermek után 3” szöveg,

(2) A területi védőnői szolgáltató által ellátott feladatok díjazásának kiszámításánál a következő pontszámokat kell figyelembe venni:

Ellátotti csoportok: Pontszáma:

várandós anya után 3

0–6 éves korú gyermek után 3

oktatási intézménybe nem járó, otthon gondozott tanköteles korú gyermek után 3

oktatási intézményben ellátott gyermek után 1

gyógypedagógiai oktatási intézményben ellátott tanuló után 2

17. 21. § (3) bekezdésében a „teljes munkaidőben” szövegrész helyébe a „teljes vagy részmunkaidőben” szöveg, az „illetve e § (11) bekezdése” szövegrész helyébe az „illetve e § (13) bekezdése” szöveg,

18. 21. § (13) bekezdésében az „a REP-nek” szövegrész helyébe az „az OEP-nek” szöveg,

19. 21/A. §-ában az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,

20. 22. § (1) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,

21. 22. § (2) bekezdés a) pontjában a „Honvédelmi Minisztérium” szövegrész helyébe a „honvédelemért felelős miniszter által vezetett minisztérium” szöveg, az „Oktatásügyi Minisztérium” szövegrész helyébe az „oktatásért felelős miniszter által vezetett minisztérium” szöveg, b) pontjában az „az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium, az Önkormányzati Minisztérium vagy az általuk” szövegrész helyébe az „a rendészetért felelős miniszter által vezetett minisztérium vagy az általa” szöveg, c) pontjában a „Közlekedési, Hírközlési és Energiaügyi Minisztérium” szövegrész helyébe a „közlekedésért felelős miniszter által vezetett minisztérium” szöveg,

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

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

24. 23. § (3) bekezdésében az „A REP-pel” szövegrész helyébe az „Az OEP-pel” szöveg,

25. 23. § (12) bekezdésében az „egy szolgálatban, illetve szakrendelésen” szövegrész helyébe az „egy szolgálatban, illetve szakrendelésen, annak teljes rendelési idejében” szöveg,

(12) Az egyetemre szakképzésre bejelentkezett szakfogyorvos-jelölt az egyetem által szakképzésre kijelölt fogorvosi szolgálatban, illetve szakrendelésen történő alkalmazása esetén a havi teljesítmény-elszámolás jelöltenként 50%-kal növelt rendelési idő figyelembevételével történik. Szolgálatonként, illetve szakrendelésenként legfeljebb két szakfogyorvos-jelölt vehető figyelembe azzal, hogy egy jelölt egyidejűleg egy szolgálatban, illetve szakrendelésen, a praxist ellátó fogszakorvos felügyeletével folytathat elszámolható tevékenységet. A növelt rendelési idő első alkalommal a szakfogyorvos-jelölt alkalmazásának finanszírozóhoz történő bejelentését követő hónap teljesítményének elszámolásakor vehető figyelembe. A szakfogyorvos-jelölt után az adott szakképzésre jelentkezést követően – az egyetem igazolása alapján – legfeljebb 48 hónapig lehet a növelt rendelési időt figyelembe venni.

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

27. 27. § (4) bekezdésében a „bázisteljesítményük arányában” szövegrész helyébe a „TVK arányában” szöveg,

(4) A Kr. 29/A. § (1) bekezdése szerinti orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok esetében az országos teljesítményvolumen a laboratóriumi ellátás 5. számú melléklet szerinti előírányzat szolgáltatásvolumen szerződés alapján történő finanszírozás fedezetével csökkentett összegének 70 százaléka alapján meghatározott mennyiség. Orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók részére a tárgyidőszakra vonatkozó TVK az országos teljesítményvolumen terhére a (3) bekezdés szerinti bázis teljesítményük arányában kerül megállapításra.

28. 27/A. § (8) bekezdésében az „egészségügyi miniszter az illetékes regionális tisztifőorvos” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével, az illetékes megyei tisztifőorvos” szöveg, az „egészségügyi miniszter döntéséhez a pénzügyminiszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter döntéséhez az államháztartásért felelős miniszter” szöveg,

29. 28. § (1) bekezdésében a „b) pontja szerinti forintértéssel” szövegrész helyébe a „b) pontja szerinti forintértéssel (a továbbiakban: alapidj)” szöveg,

28. § (1) Az OEP havonta legfeljebb a tárgyidőszakra megállapított TVK-nak a tárgyhónapig számolt, havi bontás szerinti időarányos része és a tárgyhónapot megelőző hónapig felhasznált TVK közötti különbözetnek megfelelő mértékű teljesítményt számol el a teljesítményegység 6. § (2) bekezdés b) pontja szerinti forintértéssel.

30. 28. § (5) bekezdésében az „az elszámolt és jogalap nélkül kifizetett” szövegrész helyébe az „a jogalap nélkül igénybevetett” szöveg,

31. 30/A. § (1) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg,

32. 33. § (1) bekezdésében az „a REP-nek” szövegrész helyébe az „az OEP-nek” szöveg,

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

34. 33. § (7) bekezdésében az „a REP-hez” szövegrész helyébe az „az OEP-hez” szöveg, az „egészségügyi miniszternek” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszternek” szöveg,

35. 33. § (8) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg, a „pénzügyminiszteri egyetértéssel” szövegrész helyébe az „az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével” szöveg,

36. 33. § (9) bekezdésében az „a REP felé” szövegrész helyébe az „az OEP-nek” szöveg,

37. 33/A. § (2) bekezdésében az „a REP-nek” szövegrész helyébe az „az OEP-nek” szöveg,

38. 35. § (8) és (14) bekezdésében az „A REP” szövegrészek helyébe az „Az OEP” szöveg,

39. 35. § (11) bekezdésében az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,

40. 35. § (15) bekezdésében az „a REP-pel” szövegrész helyébe az „az OEP-pel” szöveg,

41. 35. § (16) bekezdésében az „a REP-nek” szövegrész helyébe az „az OEP-nek” szöveg,

42. 37. § (3) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg,

43. 37. § (4) bekezdésében az „illetékes REP” szövegrész helyébe az „OEP” szöveg,

44. 37. § (5) bekezdés *d)* pontjában a „negyedik hónaptól” szövegrész helyébe a „hetedik hónaptól” szöveg, *e)* pontjában az „a REP” szövegrész helyébe az „az OEP” szöveg,

45. 37. § (9) bekezdésében a „krónikus kapacitásának legfeljebb 20 százalékan” szövegrész helyébe a „**krónikus kapacitásának legfeljebb 10 százalékan**” szöveg,

(9) A 24. számú mellékletben meghatározott egészségügyi szolgáltató az Eftv. alapján kapott krónikus kapacitásának legfeljebb 20 százalékan **végzett aktív belgyógyászati szakellátás** után kiegészítő díjazásban részesülhet. A kiegészítő díjazás alapja a 2006. évben elért, egy aktív ágyra vetített teljesítmény díj bevételének 20 százaléka, az aktív ellátásra is engedélyezett ágyszám figyelembevételével.

46. 38. § (3) bekezdésében az „egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter és az államháztartásért felelős miniszter” szöveg,

47. 40. § (12) bekezdésében az „a szülészeti-nőgyógyászati osztályt” szövegrész helyébe az „**a szülészeti-nőgyógyászati osztályt és a koraszülöttek intenzív ellátását biztosító osztályt**” szöveg,

(12) A szolgáltató a 14. számú melléklet szerinti adatlap 1–20. pontjának kitöltésével köteles a 37. § (6) bekezdése szerint jelentést küldeni az osztályra felvett betegek közül azokról, akiknek az ellátása a tárgyhónap végéig nem fejeződött be. Az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó osztályról – **a szülészeti-nőgyógyászati osztályt kivéve** – naponta csak az osztály ágyszámának megfelelő ápolási nap szerinti teljesítmény számolható el. A teljesített ápolási nap számításánál nem kell figyelembe venni az újszülött szülészeti osztályon történt ellátásának első osztályos esetét, az egynapos ellátás, kúraszerű ellátás, valamint az R. 1. § (13) bekezdése szerinti személyek ellátásának eseteit. A felvétel és az eltávozás, áthelyezés napja egy napnak számít. A 100% feletti ágykihasználtságot eredményező ellátási eset (esetek) kizárólag attól a naptól kezdődően számolható (számolhatók) el, amely napon az ágykihasználtság 100% alá csökken.

48. 42. § *a)* pontjában az „Egészségügyi Minisztériumnak” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter által vezetett minisztériumnak (a továbbiakban: minisztérium)” szöveg, az „az EüM” szövegrész helyébe az „a minisztérium” szöveg, *b)* pontjában az „az EüM” szövegrész helyébe az „a minisztérium” szöveg, *c)* pontjában az „az EüM” szövegrész helyébe az „a minisztérium” szöveg,

49. 43. § (3) bekezdésében az „az Egészségügyi Minisztérium” szövegrész helyébe az „a minisztérium” szöveg,

50. 43/A. § (5) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg,

51. 44. § (2) bekezdésében az „az Egészségügyi Minisztérium” szövegrész helyébe az „a minisztérium” szöveg,

52. 45. § (1) bekezdésében az „egészségügyi miniszter” szövegrész helyébe az „egészségügyért felelős miniszter” szöveg

lép.

19. § (1) Hatályát veszti a Kr.

a) 26/A. § (4) bekezdése,

(4) Az egészségügyi szakellátást nyújtó szolgáltató az Eb. tv. 18. § (9) és (10) bekezdése szerinti elszámolási nyilatkozat átadásának tényét e rendelet mellékletei szerint jelenti.

b) 27/A. § (1) bekezdés f) és i) pontja,

f) váratlan esemény vagy előre nem látható módon bekövetkezett ellátási szükséglet esetén az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter döntése szerinti teljesítménymennyiséggel,

i) az Eftv. 6. § (3) bekezdése szerinti megállapodás tartalma szerinti teljesítménymennyiséggel.

c) 30. § (9) bekezdése,

(9) Nem számolható el az adott rendelés tárgyhavi teljesítményéből az a jelentett teljesítmény – a beteg közvetlen jelenlétét nem igénylő, valamint a csoportos ellátás kivételével –, amellyel az összes tárgyhavi jelentés alapján az egy esetre jutó átlagos ellátási idő alatta marad az 5 percnél.

d) 37. § (5) bekezdés c) pontja,

c) a 00001 kódszámú ápolási tevékenységet nyújtó osztályról jelentett ápolási eset után elszámolt teljesítménydíjat a felvétel hónapját követő hetedik hónaptól 25 százalékkal, a tizenharmadik hónaptól 50 százalékkal csökkenteni kell;

e) 6/A. számú mellékletében az „Ambuláns adatlap” 37. mezője és a „Kitöltési útmutató” 37. pontja,

37. Elszámolási nyilatkozat

37. Elszámolási nyilatkozat

10 = az elszámolási nyilatkozat átadása megtörtént

20 = az elszámolási nyilatkozat átadása nem történt meg

50 = a biztosított Vhr. 25/A. §-ának (4)–(5) bekezdése szerinti ellátása nem fejeződött be (összetartozó kezelési sorozat nem utolsó eseménye)

60 = a Vhr. 25/A. §-ának (6) bekezdés alapján az elszámolási nyilatkozatot nem kell kiállítani.

f) 6/B. számú mellékletében

fa) a „Fogorvosi ambuláns napló” alcímben

1. foglalt táblázatban az „Elszámolási nyilatkozat” oszlop,

2. az „Elszámolási nyilatkozat:” szövegrész és a hozzá tartozó „10”, „20”, „50”, „60” megjelölésű sorok,

fb) a „Havi jelentés a fogászati rendelés teljesítményeiről” alcímben a „21” megjelölésű sor,

g) 14. számú mellékletében

ga) az „ADATLAP kórházi (osztályos) ápolási esetről” 32. mezője,

gb) a „Kitöltési útmutató”

1. „4/A. Részleges térítés jogcíme” pont D–F. megjelölésű sora,

4/A. Részleges térítés jogcíme

Az alábbi nyolc közül amelyik jogcímek fennállnak, azoknak a mezőjébe kell az adott kódot beírni:

A. az ellátást végző orvos megválasztása

B. biztosított beutaló nélküli ellátása

C. beutalási rendtől eltérő igénybevétel

D. eltérő tartalmú ellátás a beteg kérésére

E. egyéb kényelmi szolgáltatás a beteg kérésére

F. ápolás céljából történő elhelyezés, ápolás

G. miniszteri rendelet szerinti szanatóriumi ellátás

H. külsődleges nemi jellegek megváltoztatása

2. „32. Elszámolási nyilatkozat” pontja és a hozzá tartozó „10.”, „20.”, „50.”, „60.” megjelölésű sorok,

32. Elszámolási nyilatkozat
10. az elszámolási nyilatkozat átadása megtörtént
 20. az elszámolási nyilatkozat átadása nem történt meg
 50. a biztosított Vhr. 25/A. § (4)–(5) bekezdése szerinti ellátása nem fejeződött be (másik osztályon folytatódik az ellátás, kúraszerű ellátás, részszámla)
 60. a Vhr. 25/A. § (6) bekezdése alapján az elszámolási nyilatkozatot nem kell kiállítani

h) 17. számú melléklet 25. sora és

25. Elszámolási nyilatkozat

i) 18. számú melléklet 40. sora.

40. Elszámolási nyilatkozat

(2) Hatályát veszti a Kr.

a) 28. § (4) bekezdésében az „és a 35. §” szövegrészek,

(4) A szolgáltatónak a teljesítménye utáni díjazás összegét az OEP kiszámítja, és a jelentés leadásának hónapjában utalványozza a 29/A. § (1) bekezdése és a 35. § szerinti ellátás kivételével. A 29/A. § (1) bekezdése és a 35. § szerinti ellátások esetén az OEP a jelentés leadását követő hónapban utalványoz.

29/A. § (1) Az R. 2. számú melléklete szerinti, laboratóriumi szakmai besorolású szervezeti egységek által végzett orvosi klinikai laboratóriumi és mikrobiológiai vizsgálatok, valamint a mintaszállítás – ide nem értve a mintavételt – teljesítménydíjazása az 5. mellékletben e feladatra meghatározott előíranyzat terhére történik.

b) 37. § (5) bekezdés e) és f) pontjában a „c) és” szövegrész,

e) a c) és d) pont szerinti elszámolási szabályokat nem kell alkalmazni a tartós gépi lélegeztetést igénylő, kómás, illetve tetraplégiaiban szenvedő betegek ellátása esetében, azzal, hogy a teljes díj kifizetésére a REP ellenőrző hálózatának orvosa (főorvosa) ellenőrzését követően kerülhet sor, mely ellenőrzést az ellátó intézménynek kell kezdeményeznie;

f) a c) és d) pont szerinti elszámolási szabályok alkalmazása szempontjából a szolgáltatónál 00001 vagy 00015 kódszámú ellátásra az elbocsátást követő naptól számított hat hónapon belül történt ismételt felvétel esetén a megelőző 00001 és 00015 kódszámú ápolási esemény időtartamát is figyelembe kell venni.

c) a 00001 kódszámú ápolási tevékenységet nyújtó osztályról jelentett ápolási eset után elszámolt teljesítménydíjat a felvétel hónapját követő hetedik hónaptól 25 százalékkal, a tizenharmadik hónaptól 50 százalékkal csökkenteni kell;

d) a 00015 kódszámú szakmai csoportba sorolt krónikus osztályról jelentett ápolási eset a felvétel hónapját követő negyedik hónaptól a 00001 kódszámú ápolási tevékenység szakmai szorzójának alkalmazásával számolható el;

c) 14. számú melléklet „Kitöltési útmutató” rész

ca) „19. A felvétel típusa” pont „A. Az egészségügy ellátás szempontjából” alpont 2. sorában a „sürgősségi” szövegrész,

19. A felvétel típusa
- A. Az egészségügyi ellátás szempontjából
 1. sürgős ellátás, beleértve a pszichiátriai beteg sürgősségi felvételét rendőrségi közreműködés nélkül
 2. nem sürgős ellátás, ideértve a pszichiátriai beteg sürgősségi felvételét rendőrségi közreműködés nélkül
 3. egynapos ellátás
 4. kúraszerű ellátás
 5. aktív ellátás krónikus osztályon
 6. pszichiátriai beteg sürgősségi felvétele rendőrségi közreműködéssel
 - B. Jogi elbírálás alapján (pszichiátriai beteg ellátása során kitöltése kötelező)
 - D. önkéntes – a beteg saját kérelmére
 - E. önkéntes – a nyilatkozattételre jogosult személy kérelmére, a beteg nem tiltakozott
 - F. önkéntes – a nyilatkozattételre jogosult személy kérelmére, a beteg tiltakozott
 - J. nem önkéntes – sürgősségi felvétel, bírósági felülvizsgálat által előírt kötelező gyógykezelés nélkül
 - K. nem önkéntes – sürgősségi felvétel, bírósági felülvizsgálat által előírt kötelező gyógykezeléssel
- [Eütv. 199. § (5) bekezdés]

L. nem önkéntes – kötelező gyógykezelés bírósági beutalás alapján (Eütv. 200. §)

cb) 24. pontjában az „Annak a szervezeti egységnek a vezetője, ahol a beteg zárójelentését kiadják” szövegrész.

24. Az ellátó orvos kódja

Az orvos 5 jegyű pecsétnyomójának száma. Annak a szervezeti egységnek a vezetője, ahol a beteg zárójelentését kiadják

Orbán Viktor s. k.,
miniszterelnök

1. melléklet a 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelethez

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

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

Extrafinanszírozás	20,6
Speciális finanszírozású fekvőbeteg	34 872,6
18. Összevont szakellátás összesen	563 712,1
ÖSSZESEN	770 120,0

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

Gyógyító-megelőző ellátások 2010. évi kiadási előirányzatai

Megnevezés		Millió forint
		2010. évi módosított előirányzat
	Háziorvosi, háziiorvosi ügyelet ellátása	
	Praxisfinanszírozás	68 063,4
	Eseti ellátás díjazása	511,3
	Ügyeleti szolgálat	9 341,2
1.	Háziorvosi, háziiorvosi ügyelet ellátása összesen	77 915,9
	Iskolaegészségügyi ellátás	1 856,0
	Védőnői ellátás	15 440,8
	Anya-, gyermek- és csecsemővédelem	450,5
	MSZSZ: gyermekgyógyászat	121,6
	MSZSZ: nőgyógyászat	96,3
2.	Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen	17 965,2
3.	Fogászati ellátás	22 264,4
	Gondozóintézeti gondozás	
	Nemibeteg gondozás	394,8
	Tüdőgondozás	1 585,0
	Pszichiátriai gondozás	796,1
	Onkológiai gondozás	384,0
	Alkohológia és drogellátás	253,7
4.	Gondozóintézeti gondozás összesen	3 413,6
5.	Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	5 780,2
8.	Művesekezelés	22 932,2
10.	Otthoni szakápolás	3 778,1
12.	Működési költségelőleg	1 000,0
	Célelőirányzatok	
	Bázisfinanszírozott fekvőbeteg szakellátás	10,0
	Méltányossági alapon történő térítések	39,2
	Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj	276,7
	Eseti kereset-kiegészítés fedezete	11 200,0
13.	Célelőirányzatok összesen	11 525,9
14.	Mentés	22 469,0
15.	Laboratóriumi ellátás	20 538,9
	Összevont szakellátás	
	Járóbeteg szakellátás + CT, MRI	113 774,9
	Fekvőbeteg szakellátás	399 403,3
	– aktív fekvőbeteg szakellátás	343 307,9

	- krónikus fekvőbeteg szakellátás	55 147,4
	- bázis finanszírozású szakellátás (IRM BVOP)	948,0
	Extrafinanszírozás	17,7
	Rendkívüli kiadások	610,0
	Speciális finanszírozású fekvőbeteg	31 852,8
16.	Összevont szakellátás összesen	545 658,7
21.	Gyógyító-megelőző ellátás céltartalék	2 390,0
	Összesen	757 632,1

2. melléklet a 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelethez

A Kr. 6/A. számú mellékletében a „Kitöltési útmutató” „10. Térítési kategória” alcím F és G megjelölésű sora helyébe következő rendelkezés lép:

„F = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdés 1) pontja szerinti, kizárólag **orvostudományi** kutatás keretében végzett beavatkozást is tartalmazó ellátása
G = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdés 1) pontja szerinti, kizárólag **orvostudományi** kutatás keretében végzett beavatkozása miatt bekövetkezett szövődmény ellátása”

10. Térítési kategória

- 1 = magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás
- 2 = magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása
- 3 = államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás
- 4 = egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása
- 5 = magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása
- 6 = fekvő beteg részére végzett ellátás
- 9 = külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása
- A = befogadott külföldi állampolgár
- D = menekült, menedékes státuszt kérelmező
- E = elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás
- F = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének 1) pontja szerinti, kizárólag orvosi biológiai kutatás keretében végzett beavatkozást is tartalmazó ellátása
- G = magyar biztosítással rendelkező betegnek az Ebtv. 18. § (6) bekezdésének 1) pontja szerinti, kizárólag orvosi biológiai kutatás keretében végzett beavatkozása miatt bekövetkezett szövődmény ellátása
- K = külföldi donor ellátása
- M = magyar biztosítás alapján méltányosságból átvállalt térítés ellenében végzett ellátás
- R = magyar biztosítás alapján részleges térítés ellenében végzett ellátás, a részleges térítési díj összegének feltüntetése.
- S = A Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg 4. § (10) és (11) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

3. melléklet a 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelethez

A Kr. 6/B. számú mellékletében a Fogorvosi ambuláns napló táblázatot követő „Térítési kategóriák:” bekezdés helyébe a következő rendelkezés lép:

„Térítési kategóriák:

1 = magyar biztosítás alapján végzett térítésmentes ellátás

2 = magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása

3 = államközi szerződés alapján végzett sürgős ellátás

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

5 = magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása

6 = fekvőbeteg részére végzett ellátás

9 = külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása

A = befogadott külföldi állampolgár

D = menekült, menedékes státuszt kérelmező

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

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

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

K = külföldi donor ellátása

M = magyar biztosítás alapján méltányosságból átvállalt térítés ellenében végzett ellátás

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

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

Térítési kategóriák:

01. Biztosított járóbeteg.

02. Menekült járóbeteg.

03. Államközi szerződés alapján, sürgős szükség esetén ellátott járóbeteg.

04 = Egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása.

05. Magyar biztosítással nem rendelkező menedékes.

06. Fekvőbeteg részére végzett vizsgálatok.

7. Biztosított térítésmentesen vagy részleges térítés ellenében ellátott járóbeteg, amelynek jogcímei szerinti betűjelek:

7G = gyermek,

7I = időskorú 60 év feletti,

7R = rokkant nyugdíjas,

7S = sürgősségi ellátás,

7T = terhes anya,

7K = közgyógyellátott,

7U = üzemi balesetes írandók be.

7B. Egyéb alapbetegséggel kapcsolatos fog- és szájbetegségek kezelése.

08. Biztosított ellátására egy éven belüli közúti baleset sérülése következményeként került sor.

09. Költségvetésből támogatott ellátás.

0A. Befogadott külföldi állampolgár.

0D. Menekült, menedékes státuszt kérelmező.

0E. Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, Közösségi szabály alapján történő ellátás.

0F. Orvostudományi kutatásokkal, gyógyszerek, vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatával összefüggő beavatkozások.

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

4. melléklet a 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelethez

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

Krónikus ellátások

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

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

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

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

Krónikus ellátások

Kódja	Megnevezése	Szorzója
00001	Ápolási tevékenység	1,0
00015	Krónikus ellátás	1,2
00019	Rehabilitációs ellátás* „A” minősítésű**	1,7
00020	„B” minősítésű**	1,4
00021	Minősítés nélküli	1,2
00017	Központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak rehabilitációs ellátása	3,6
00022	Pályázati úton befogadott hospice ellátás	1,7

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

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

5. melléklet a 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelethez

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

A nem pszichiátriai rehabilitációs minősítési kritériumok

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

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

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

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

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

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

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

A	A	A	A	A	A,B	A
A	A	A	A	B	A	A
A	A	B	A	A	A	A
B	A,B	A	A,B	A	A,B	B
B	A,B	A	A,B	B	A	B
B	A,B	B	A,B	A	A	B
B	A,B	A	B	A	A,B	A,B
B	A,B	A	B	B	A	A,B
B	A,B	B	B	A	A	A,B
B	B	A	A,B	A	A,B	A,B
B	B	A	A,B	B	A	A,B
B	B	B	A,B	A	A	A,B
B	A,B	A	A,B	A	C	A,B
B	A,B	A	A,B	B	B,C	A,B
B	A,B	B	A,B	A	B,C	A,B
B	A,B	B	A,B	B	A,B	A,B
B	A,B	A	A,B	C	A,B	A,B
B	A,B	C	A,B	A	A,B	A,B

Megjegyzés:

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

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

”

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

A rehabilitációs minősítési kritériumok

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

rehabilitáció esetén a 4/A. pontban megnevezett összes szakdolgozó közül a gyógytornászok létszáma			
5. Átlagos ápolási idő	18 napnál több	16–18 nap	11–15 nap
6. Éves halálozás	5% alatt		

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

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

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

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

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

Megjegyzés:

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

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

6. melléklet a 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelethez

A Kr. 12. számú melléklet A) pontjában foglalt táblázat helyébe a következő táblázat lép:

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

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

SZAKÁPOLÓI, SZAKIRÁNYÚ TERÁPIÁS VIZITEK FINANSZÍROZÁSA

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

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

7. melléklet a 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelethez

A Kr. 14. számú melléklet „Kitöltési útmutató” részében a „23. A beteg további sorsa” pont a „C. folytató rekord következik” sor után a következő sorral egészül ki:
„N. nagy értékű, országosan még nem elterjedt műtéti eljárás előtti ápolás lezárása”

23. A beteg további sorsa
1. belső kórházi áthelyezés
 2. más fekvőbeteg gyógyintézetbe történő áthelyezés
 3. otthonába bocsátva
 4. meghalt
 5. részszámla
 6. otthonába adaptációs szabadságra bocsátva
 7. önkényesen távozott
 8. szociális otthonba távozott
- C. folytató rekord következik

8. melléklet a 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelethez

A Kr. 15. számú melléklet 20. sorában az „Elszámolási nyilatkozat” szövegrész helyébe a „Beteg laccíme (irányítószámmal)” szöveg lép.

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

CT/MRI jelentés adattartalma

1. Időszak, amelyre a jelentés vonatkozik
2. Jelentést küldő szolgáltató megye kódja, OEP kódja, a vizsgálatot végző szervezeti egység 9 jegyű azonosítója
3. Elvégzett vizsgálat térítési kategóriájának kódja
4. Elvégzett vizsgálat kódja
5. Elvégzett vizsgálat pontértéke
6. Felhasznált kontrasztanyag mennyisége
7. Személyazonosító jel
8. Személyazonosító jel típusa
9. Beteg állampolgársága
10. Beteg születési dátuma (év, hónap, nap) és nemének kódja
11. Vizsgálat időpontja (év, hónap, nap, óra, perc)
12. Vizsgálattípus kódja
3. Vizsgálat jellegének kódja
14. A vizsgálatra küldő orvos pecsétszáma
15. A vizsgálatra küldő intézmény szervezeti egységének 9 jegyű azonosítója, a beutalást megalapozó ellátást igazoló adat
16. A beutalón szereplő, vizsgálatot indikáló diagnózis BNO kódja
17. Vizsgálat utáni diagnózis BNO kódja
- 18.
- 19.
20. Elszámolási nyilatkozat

Dátum: év hó nap

.....

szolgáltató

9. melléklet a 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelethez

A Kr. 26. számú mellékletében

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

ADATLAP orvosbiológiai kutatásokról

- a) az „ADATLAP orvosbiológiai kutatásokról” szövegrész helyébe az „ADATLAP **orvostudományi** kutatásokról” szöveg,
- b) foglalt táblázat 3. mezőjében az „Orvosbiológiai” szövegrész helyébe az „**Orvostudományi**” szöveg, 14. mezőjében az „orvosbiológiai” szövegrész helyébe az „orvostudományi” szöveg,
- c) a „Kitöltési útmutató” rész
 - ca) 3. pontjának címében az „Orvosbiológiai” szövegrész helyébe az „Orvostudományi” szöveg,
 - cb) 8. pont „F” és „G” megjelölésű sorában az „orvosbiológiai” szövegrész helyébe az „orvostudományi” szöveg,
 - cc) 14. pontjának címében az „orvosbiológiai” szövegrész helyébe az „orvostudományi” szöveg lép.

10. melléklet a 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelethez

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

2011. évre vonatkozó TVK

A. A járóbeteg-szakellátás – ideértve a CT-MRI vizsgálatokat is – 2010. november és 2011. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos TVK mértéke: 70 400 600 000 pontszám.

Ebből:

1. A folyamatos ellátás biztosítása, vagy egyéb ellátási érdekből az egészségügyért felelős miniszter által engedélyezett finanszírozás fedezetére szolgáló keret: 1 056 000 000 pontszám.
2. TVK növelésre felhasználható országos keret: 3 500 000 000 pontszám.

B. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás 2010. november és 2011. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos TVK mértéke: 2 060 000 súlyszám.

Ebből:

1. A folyamatos ellátás biztosítása, vagy egyéb ellátási érdekből az egészségügyért felelős miniszter által engedélyezett finanszírozás fedezetére szolgáló keret: 30 900 súlyszám.

2. A 2006–2008. évi kapacitás-változással összefüggő TVK növelésre szolgáló keret: 42 024 súlyszám.

3. A progresszív és speciális feladatok ellátásával összefüggő TVK növelésre szolgáló keret: 44 900 súlyszám.

4. Egynapos ellátás fejlesztésére szolgáló TVK: 26 173 súlyszám.

C. A 2006–2008. évi kapacitás-változásból adódó TVK változás mértéke szerint TVK emelés aránya

2006–2008. évi kapacitás-változás miatti TVK változás mértéke	2011. évi TVK emelés aránya
40%–28%	5%
27,9%–15%	4%
14,9%–10%	3%
9,9%–5%	2%
4,9% és az alatt	1%

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

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

Szezonális index: tárgyév finanszírozási hónapjaira a szolgáltató által – az ellátási igények

figyelembevételével – megállapított százalékindex, melynek értéke 10 százaléknál nagyobb mértékben nem haladhatja meg a tárgyév adott finanszírozási hónapjára vonatkozó országos szezonális index értékét, és a tizenkét havi összes érték nem térhet el a 100 százaléktól.
 Országos szezonális index: tárgyévet megelőző finanszírozási évre vonatkozóan elszámolt éves és az egyes hónapok országos teljesítmény mennyiségének hányadosai.

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

2010. évre vonatkozó TVK keretek

1. A járóbeteg-szakellátás – ideértve a CT-MRI vizsgálatokat is – 2009. november és 2010. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos TVK keretének mértéke: 68 900 000 000 pontszám.
2. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás 2009. november és 2010. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos TVK keretének mértéke: 2 000 004 súlyszám.
 Az 1. és 2. pont szerinti országos TVK keret 4 százaléka tartalékot képez, amely a folyamatos ellátás biztosítása, vagy egyéb ellátási érdekből az egészségügyi miniszter által engedélyezett finanszírozás fedezetére szolgál.
3. Az egyes ellátási formák országos szezonális indexe:

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

11. melléklet a 365/2010. (XII. 30.) Korm. rendelethez

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

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

Egyetemek		
Megye	OEP kód	Szolgáltató megnevezése
01	2912	Pécsi Tudományegyetem
05	2917	Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ
08	2894	Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum
20	2915	Semmelweis Egyetem

Megyei kórházak		
Megye	OEP kód	Szolgáltató megnevezése
02	1122	Kecskemét, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza
03	1248	Pándy Kálmán Megyei Kórház
04	1349	Miskolc, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház
06	1568	Fejér Megyei Szent György Kórház
07	1640	Győr, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház
08	K506	Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Debrecen
09	M245	Eger, Markhot Ferenc Kórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft.
10	1876	Tatabánya, Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza
11	1928	Salgótarján, Szent Lázár Megyei Kórház
12	2010	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház
13	2137	Kaposvár, Kaposi Mór Oktató Kórház
14	M289	Nyíregyháza, Jósa András Oktató Kórház Nonprofit Kft.
15	2324	Szolnok, Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet
16	2425	Szekszárd, Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza
17	K472	Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt., Szentgotthárd
18	K676	Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt.
19	2734	Zala Megyei Kórház

Országos intézetek		
Megye	OEP kód	Szolgáltató megnevezése
20	2896	Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet
20	2897	Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet
20	2903	Országos Idegtudományi Intézet
20	2906	Országos Onkológiai Intézet
20	2907	Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet
20	2910	Országos Sportegészségügyi Intézet

20	2913	Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet
18	2893	Állami Szívkórház Balatonfüred
09	2899	Mátrai Gyógyintézet

Megye	OEP kód	Szolgáltató megnevezése
20	K403	Honvédkórház
15	8002	MÁV Kórház és Rendelőintézet Szolnok

Szakkórházak		
Megye	OEP kód	Szolgáltató megnevezése
18	2601	Veszprém Megyei Önkormányzat Tüdőgyógyintézet, Farkasgyepű
14	M291	Nagykálló, Sántha Kálmán Szakkórház Nonprofit Kft.
12	2073	Tüdőgyógyintézet Törökbálint
05	1484	Deszk, Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza
20	2877	Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorháza
04	1301	Edelény, Koch Róbert Kórház és Rendelőintézet

Egyházi kórházak		
Megye	OEP kód	Szolgáltató megnevezése
20	2872	Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkorháza
20	4026	MAZSIHISZ Szeretekorház
20	6072	Budapesti Szent Ferenc Kórház
20	C069	Budai Irgalmasrendi Kórház Közhasznú Nonprofit Kft.

”