

MAGYAR KÖZTÁRSASÁG KORMÁNYA

T/18094. számú

törvényjavaslat

a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2001. évi XXXIV. törvény módosításáról

Előadó: Dr. Rácz Jenő
egészségügyi miniszter

Budapest, 2005. november

2005. évi ... törvény

a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2001. évi XXXIV. törvény módosításáról

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény módosítása

1. §

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) a következő új, 5/B. §-sal és az azt megelőző alcímmel egészül ki:

„Fogalommeghatározások

5/B. §

E törvény alkalmazásában

a) biztosított:

aa) az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásainak tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított, valamint a Tbj. 13. §-a és 16. §-ának (1) bekezdése szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy, valamint a Tbj. 16/A. §-ában meghatározott személy, továbbá aki után a központi költségvetés egészségbiztosítási járulékot fizet,

ab) az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított és a Tbj. 16/A. §-ában meghatározott személy,

ac) a baleseti táppénz tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított, a Tbj. 15. §-ának (1) bekezdésében és a 16/A. §-ában meghatározott személy,

ad) a baleseti egészségügyi szolgáltatás tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított, valamint a Tbj. 15. §-ának (1) és (2) bekezdésében, valamint a 16/A. §-ában meghatározott személy,

ae) a baleseti járadék tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított, valamint a Tbj. 15. §-ának (1) bekezdésében és a 16/A. §-ában meghatározott személy,

b) egészségügyi szolgáltató: a külön jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes vagy jogi személy, illetve jogi személyiség nélküli szervezet,

c) gyógyszertár: a gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény hatálya alá tartozó gyógyszertár,

d) *gyógyszer*: az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény 1. §-ának 1. pontjában meghatározott termék és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer,

e) *gyógyászati segédeszköz*: átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékkal vagy rokkantsággal élők gyógyászati, ápolási technikai eszköze,

f) *gyógyászati segédeszköz forgalomba hozója*: a gyógyászati segédeszközt gyártó, az azt importáló és azzal nagykereskedelmi tevékenységet végző,

g) *gyógyászati ellátás*: az orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokról szóló rendeletben meghatározott ellátás,

h) *közeli hozzátartozó*: a házastárs, az élettárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbe fogadott, a mostoha- és nevelt gyermek, az örökbefogadó, a mostoha- és a nevelőszülő, a testvér,

i) *közös háztartás*: a Tbj. 4. §-ának x) pontjában foglaltak szerinti szállás-, lakó- és tartózkodási hely.”

2. §

Az Ebtv. 6. §-ának (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) A II. és III. fejezet alkalmazásában a Tbj. szerinti biztosítottal azonos ellátás illeti meg a Tbj. szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosult személyeket, ideértve azokat a személyeket is, akik után a központi költségvetés egészségbiztosítási járulékot fizet.”

3. §

(1) Az Ebtv. 20. §-ának (2)-(3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) Amennyiben a kezelőorvos a biztosított részére olyan külön jogszabályban nevesített vizsgálatot vagy beavatkozást rendel, amely várólista szerinti ellátási sorrendben vehető igénybe, a biztosított az ellátásra a várólista szerinti sorrendben jogosult.

(3) A várólistát – a (4) bekezdésben foglaltak figyelembevételével – csak szakmai szempontok szerint lehet összeállítani.”

(2) Az Ebtv. 20. §-a a következő (4)-(6) bekezdésekkel egészül ki:

„(4) A szerv- vagy szövetségeltetésre jogosító, szerv- vagy szövettípusonként vezetett várólistára való felvételre jogosult:

- a) a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított,
- b) a Tbj. 16. §-a szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy,
- c) akinek biztosítója a magyarországi szerv- vagy szövetségeltetését a Közösségi rendelet 22. cikke 1. bekezdésének c) pontja, illetve kétoldalú egyezmény alapján előzetesen engedélyezte.

(5) A biztosított az általa vélelmezett állapotrosszabbodás esetén térítésmentesen jogosult a kezelőorvosánál mindazon vizsgálatok kezdeményezésére és a kezelőorvos javaslata szerinti elvégzésére, amely a várakozás sorrendjét befolyásoló egészségi állapotváltozás megállapításához szükséges.

(6) A biztosított részleges vagy teljes térítési díj megfizetése mellett sem jogosult a várólista szerinti sorrendet megelőzően az ellátás igénybevételére.”

4. §

Az Ebtv. 21/A. §-ának (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(5) A 21. § (1) bekezdésének *aa*) pontja szerinti hatóság az első fokú döntését fellebbezésre tekintet nélkül végrehajthatónak nyilváníthatja.”

5. §

Az Ebtv. 27. §-a a következő (11)-(12) bekezdésekkel egészül ki:

„(11) A biztosított által valamely EGT tagállam területén történő ideiglenes tartózkodása során igénybevett egészségügyi szolgáltatásra – a Közösségi rendelet szerint – jogosító, a MEP által kibocsátott Európai Egészségbiztosítási Kártyát (a továbbiakban: EU-Kártya), illetve az azt helyettesítő nyomtatványt az illetékes MEP a biztosított kérelmére, a (12) bekezdésben foglaltak kivételével díjmentesen, a külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével bocsátja a biztosított rendelkezésére.

(12) Az EU-Kártya kiadásáért az általános tételű eljárási illetéknek megfelelő összegű igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetnie a biztosítottnak, ha annak kiadása a még érvényes EU-Kártyának a jogosult birtokából való kikerülése (lopás, elvesztés, megsemmisülés) vagy megrongálódása miatt vált szükségessé.”

6. §

Az Ebtv. 30. §-a a következő új, (3) bekezdéssel egészül ki:

„(3) A MEP külön jogszabályban meghatározott esetben külön jogszabály szerinti hatósági bizonyítvánnyal rendelkező nem egészségügyi szolgáltatóval is köthet

szerződést gyógyászati segédeszköz egyedi méretvétel alapján történő gyártására, illetve ezen eszközök javítására.”

7. §

(1) Az Ebtv. 36. §-ának (4) bekezdése a következő mondattal egészül ki:

„A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére a 32. § alapján jogosult orvos az ellenőrzést végző személy rendelkezésére bocsátja az érintett biztosítottra vonatkozó, az ellenőrzés lefolytatásához szükséges egészségügyi dokumentációt.”

(2) Az Ebtv. 36. §-ának (8) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(8) Amennyiben az OEP, illetve a MEP az (1)-(7) bekezdés szerinti ellenőrzés során a szakmai előírások be nem tartását állapítja meg, erről tájékoztatja a szakmai felügyeletet ellátó szervet.”

(3) Az Ebtv. 36. §-a a következő új, (9) bekezdéssel egészül ki:

„(9) Az OEP, illetve a MEP az (1)-(7) bekezdésekben foglalt ellenőrzések során a 30-33/A. §-ok szerinti szerződések alapján, mint szerződő fél jár el.”

8. §

Az Ebtv. a következő 38/C-38/D. §-sal és az azt megelőző alcímmel egészül ki:

„Irányított betegellátási rendszer

38/C. § (1) Az irányított betegellátási rendszer működése az érintett biztosítottak egészségi állapotának, az általuk igénybe vett egészségügyi szolgáltatások hatékonyságának, minőségének és az ellátások szervezetségének javítása, valamint a felszabaduló források célszerű felhasználása érdekében biztosítja

a) az érintett biztosítottak kötelező egészségbiztosítás keretében térítésmentesen, illetve támogatás ellenében igénybe vehető egészségügyi ellátásának a progresszív ellátás adott szinten történő megszervezését, megfelelőségének és minőségének – az igénybevételi adatok alapján történő – nyomon követését,

b) az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók munkájának koordinálását,

c) az ellátásokról történő folyamatos visszacsatolást, valamint

d) az egészségfejlesztési és prevenciós programok koordinálását.

(2) A Magyar Köztársaság költségvetéséről szóló törvényben (a továbbiakban: költségvetési törvény) meghatározottak figyelembevételével az OEP az egészségügyi szolgáltatások irányított betegellátás keretében történő nyújtásának megszervezésére a külön jogszabály szerinti pályázaton kiválasztott és a külön jogszabályban meghatározott egyéb feltételeknek megfelelő, irányított betegellátás szervezésére

vállalkozó egészségügyi szolgáltatóval (a továbbiakban: ellátásszervező) köthet szerződést.

(3) Az (1) bekezdésben meghatározott célok elérése érdekében az ellátásszervező feladata:

- a) az ellátásszervezés és koordinálás, a betegút követése,
- b) a vállalt prevenciós terv megvalósításának megszervezése, koordinálása, ellenőrzése és értékelése, valamint módosítása a jogszabályok által kötelezően előírt vagy egyéb forrásból támogatott programok változása miatt, továbbá a módosított terv jóváhagyásra való megküldése az OEP részére,
- c) a minőségbiztosítás követelményrendszerének teljesítése az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 120. §-ában foglaltak szerint, különösen minőségpolitikai nyilatkozat, szakmai protokollok alkalmazása,
- d) a g) pontban foglaltakra figyelemmel a külön jogszabályban előírt adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése, az OEP-től kapott tételes betegforgalmi adatok elemzése, monitoringrendszer működtetése,
- e) az érintett biztosítottak részére nyújtott egészségügyi ellátások betegforgalmi adatainak elemzése,
- f) az OEP által megküldött keresőképtelenségi napok összehasonlító statisztikai adatainak elemzése,
- g) az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 32/A. §-a (1)-(2) bekezdésében meghatározott adatok kezelése,
- h) amit külön jogszabály ekként határoz meg.

(4) Az érintett biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások fedezetül a természetbeni ellátások előirányzatának az érintett biztosítottak kora, neme szerinti és külön jogszabályban meghatározott egyéb szempontok alapján számított arányos része (a továbbiakban: fejkvóta) szolgál. A fejkvóta szerinti összeget mint bevételt, valamint az érintett biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások finanszírozási díját mint kiadást tartalmazó kimutatást (a továbbiakban: elvi számla) az OEP vezeti. Az elvi számla pozitív egyenlege a bevételi többlet. A bevételi többlet felosztására és felhasználására a költségvetési törvényt és az e törvény felhatalmazásán alapuló külön jogszabály rendelkezéseit kell alkalmazni.

(5) Az ellátásszervezővel a (2) bekezdés alapján kötött szerződésben (a továbbiakban: ellátásszervezési szerződés) a szerződés hatályára, módosítására, felmondására vonatkozó rendelkezéseken kívül rendelkezni kell

- a) arról, hogy az ellátásszervező mely egészségügyi szolgáltatásokat nyújtja saját maga, illetve más egészségügyi szolgáltató igénybevételével,
- b) a teljes körű minőségi, definitív ellátásokra ösztönző, hatékony egészségügyi szolgáltatás biztosításáról, valamint a betegségek időben történő megelőzését, az egészség megőrzését szolgáló prevenciós program megvalósítására vonatkozó kötelezettség vállalásáról,
- c) az OEP által vezetett elvi számlán jelentkező megtakarítás elszámolásáról,
- d) az adatszolgáltatási kötelezettségről,

- e) az ellenőrzésről,
- f) a szerződésszegés esetén az igény érvényesítéséről,
- g) arról, amit külön jogszabály előír.

- (6) Az ellátásszervezési szerződéshez csatolni kell
- a) a 38/D. § (1) bekezdése szerinti szolgáltatási szerződést,
 - b) a 38/D. § (2) bekezdése szerinti megállapodást,
 - c) a külön jogszabályban meghatározott mellékleteket.

(7) E szakasz alkalmazásában érintett biztosítottak az ellátásszervezővel a 38/D. § (1) bekezdése alapján szerződött háziiorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz bejelentkezett biztosítottak minősülnek. Az érintett biztosítottat a háziiorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató írásban tájékoztatja az ellátásszervezőhöz történő csatlakozás tényéről, és ennek – az érintett biztosítottat érintő – következményeiről, így különösen: az irányított betegellátási rendszer céljairól, működéséről, tartalmi elemeiről (az elérhető prevenció programokról, az emelt szintű gondozás lehetőségeiről), az érintett biztosított egészségügyi és személyazonosító adatainak kezeléséről, továbbá arról, hogy az adatkezelést megtilthatja, valamint az ellátásszervező és kapcsolattartója nevééről, címéről és elérhetőségéről.

38/D. § (1) Az irányított betegellátási rendszerben való részvétel érdekében a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, háziiorvosi ellátást nyújtó szolgáltató szolgáltatási szerződést köthet az ellátásszervezővel.

(2) Az ellátásszervező a vele szolgáltatási szerződésben nem álló finanszírozott egészségügyi szolgáltatóval együttműködési megállapodást köthet az érintett biztosítottak egészségügyi ellátásában való közreműködésre.

(3) Az (1) bekezdés szerinti szolgáltatási szerződéskötés során az ellátásszervezőnek a működés földrajzi határain belül – Budapest kivételével – zárt terület kialakítására kell törekednie a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásáról szóló törvényben meghatározott kistérségi határok figyelembevételével. A 38/C. § (4) bekezdése szerinti elvi számla tekintetében az adott kistérség a szervező területének minősül, ha a kistérségben működő háziiorvosi praxisok több mint 70%-a csatlakozik a szervezőhöz.

(4) Az irányított betegellátási rendszerben részt vevő egészségügyi szolgáltatók által teljesített ellátások finanszírozása a szerződés időtartama alatt is érvényes finanszírozási szerződések alapján történik.”

9. §

Az Ebtv. 66. §-a a következő új, (7) bekezdéssel egészül ki:

„(7) Az a személy, aki EU-Kártyával vagy az azt helyettesítő nyomtatvánnyal, valamint a közösségi rendelet szerinti egyéb nyomtatvánnyal úgy vett igénybe egészségügyi szolgáltatást valamely EGT tagállamban, hogy a 6-7. §-ok és a 8/A. § alapján nem volt jogosult annak igénybevételére, köteles az egészségügyi szolgáltatás E. Alapot terhelő költségeit megtéríteni.”

10. §

Az Ebtv. 68/A. §-a következő (3) bekezdéssel egészül ki:

„(3) Az ügyben eljáró egészségbiztosítási szerv jogosult a 67-68. §-ok szerinti megtérítési igényt megalapozó eseménnyel kapcsolatban a más hatóságnál, illetve egyéb szervnél indult eljárás során hozott, a megtérítési igény elbírálásához szükséges döntés megismerésére. Biztosítani kell az ügyben eljáró egészségbiztosítási szerv részére, hogy a döntés alapjául szolgáló iratokba betekinthessen és arról másolatot készíthessen. Az eljáró egészségbiztosítási szerv megkeresésére a kért iratok másolatát az érintett szerv 30 napon belül megküldi a megkereső részére.”

11. §

(1) Az Ebtv. 83. §-a (2) bekezdése a következő *q*) ponttal egészül ki:

[Felhatalmazást kap a Kormány]

„*q*) az irányított betegellátási rendszer keretében az ellátásszervező kiválasztására irányuló pályázat kiírására és elbírálására vonatkozó szabályok, az ellátásszervezővel szemben támasztott követelmények, az ellátásszervezési szerződés tartalmi elemeinek és mellékleteinek, a fejkvóta megállapításának, az elvi számla vezetésének és egyenleg számítási módjának, a bevételi többlet kiutalására, felhasználására, ellenőrzésére és visszavonására vonatkozó szabályok, a pénzeszköz-áramlás szabályainak és ellenőrzése módjának, az ellátásszervező megszűnésére és az irányított betegellátási rendszerből való kilépésére alkalmazandó szabályok,”

[meghatározására.]

(2) Az Ebtv. 83. §-a (2) bekezdésének *u*) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[Felhatalmazást kap a Kormány]

„*u*) a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve gyógyászati ellátás támogatással történő rendelésére, illetőleg támogatással történő kiszolgáltatásra, forgalmazásra, egyedi méretvétel alapján történő gyártására és az ilyen eszköz javítására, valamint gyógyászati ellátás támogatással történő nyújtására jogosító szerződésekre vonatkozó szabályok,”

[meghatározására.]

(3) Az Ebtv. 83. §-ának (2) bekezdése a következő új, z) ponttal egészül ki:

[Felhatalmazást kap a Kormány]

„z) az Európai Egészségbiztosítási Kártya érvényességi idejének és kibocsátása szabályainak”

[meghatározására.]

Az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2001. évi XXXIV. törvény módosítása

12. §

(1) Az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2001. évi XXXIV. törvény (a továbbiakban: Eszt.) 3. §-ának (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) Az egészségügyi miniszter a pénzügyminiszter egyetértésével engedélyezheti, hogy az OEP – az egészségügyi miniszter által meghatározott és az Egészségügyi Minisztérium hivatalos lapjában közzétett szakmai prioritások figyelembevételével – az (1) bekezdésben foglaltakon túlmenően további kapacitások befogadására – külön jogszabályban foglaltak szerint – pályázatot írjon ki.”

(2) Az Eszt. 3. §-a a következő (3)-(7) bekezdéssel egészül ki, egyidejűleg a jelenlegi (3) bekezdés számozása (8) bekezdésre módosul:

„(3) A pályázat külön jogszabály szerinti elbírálásánál figyelembe kell venni, hogy a pályázat eredményeként az egészségügyi szolgáltató

- a) országos, illetve regionális ellátási területtel működjön, vagy
- b) progresszív egészségügyi ellátást nyújtson, vagy
- c) a korábban finanszírozott szolgáltatásokhoz képest költséghatékony megoldást nyújtson, vagy
- d) az ellátott terület népegészségügyi mutatóihoz szakmai összetételében, a meglévőnél jobban igazodó szolgáltatást végezzen, vagy
- e) segítse az egészségügyi rendszerhez való hozzáférési esélyek kiegyenlítését.

(4) A külön jogszabályban foglaltak szerint előzetes befogadás szükséges, amennyiben

- a) a címzett támogatás szakmai programja,
- b) a központi költségvetésből támogatott egyéb beruházás,
- c) az Európai Unió pályázat,

- d) a Nemzeti Fejlesztési Tervben foglaltak,
- e) a regionális fejlesztések,
- f) a nemzeti hosszú távú egészségügyi programok

megvalósítása többletkapacitások befogadását igényli.

(5) A pályázat kiírásánál és a kapacitások befogadásánál – ideértve a (4) bekezdésben foglaltakat is – figyelembe kell venni, hogy a befogadásra kerülő kapacitás várható éves teljesítményének finanszírozott összege nem haladhatja meg

- a) a költségvetési törvényben rendelkezésre álló források, és
- b) a befogadást megelőzően megszűnő szerződés következtében felszabaduló finanszírozás

együttes összegét.

(6) Váratlan esemény vagy előre nem látható módon bekövetkező ellátási szükséglet jelentkezése esetén kérhető többletkapacitás rendkívüli befogadására a külön jogszabályban foglaltak az irányadóak. A befogadás a váratlan esemény vagy az előre nem látható módon bekövetkező ellátási szükséglet fennállásának időtartamára történhet.

(7) A MEP a (2), (4) és (6) bekezdés szerint befogadott kapacitás felhasználásával ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval külön jogszabályban foglaltak szerint finanszírozási szerződést köt.”

13. §

Az Eszt. a következő 4/A. §-sal egészül ki:

„4/A. § Megszűnik a kapacitáslekötés, ha

a) a fenntartó/tulajdonos által lekötött normatíván belüli kapacitásra a lekötéstől számított egy éven belül alapos indok nélkül nem jön létre finanszírozási szerződéskötés, és

b) a megszűnés az illetékes tisztifőorvos véleménye szerint az ellátás biztonságát nem veszélyezteti.”

14. §

Az Eszt. 13. §-ának (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(3) Felhatalmazást kap a Kormány, hogy a lekötött kapacitások módosításának, az új szolgáltatók és a kapacitások befogadásának, illetve a kapacitáslekötés megszűnésének részletes szabályait, eljárási rendjét, továbbá az OEP által kiírandó pályázatoknak és a regionális egészségügyi tanácsok részvételének szabályait, valamint a rendkívüli esemény miatti és az előzetes befogadások részletes eljárási rendjét rendeletben határozza meg.”

Záró rendelkezések

15. §

(1) Ez a törvény 2006. január 1-jén lép hatályba.

(2) Ez a törvény nem érinti az e törvény hatálybalépése előtt szerv- vagy szövetátültetésre jogosító várólistára felkerült személyek szerv- vagy szövetátültetésre való jogosultságát. Azt a személyt, akinek esetében ugyanazon szerv vagy szövet átültetése a Magyarországon elvégzett korábbi szerv- vagy szövetátültetést követően, a beültetett szerv vagy szövet kilökődése miatt indokolttá vált, attól függetlenül fel kell venni a várólistára, hogy az érintett személy e törvény hatálybalépését követően jogosult-e rá.

(3) A Magyar Köztársaság 2005. évi költségvetéséről szóló 2004. évi CXXXV. törvény 78. §-a alapján működő irányított betegellátási modellkísérlet e törvény hatálybalépésével egyidejűleg megszűnik. Az irányított betegellátási modellkísérletben részt vett ellátásszervező kezelésében álló, az érintett biztosítottal kapcsolatos, az ellátásszervező feladatának ellátásához szükséges – az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 32/A. §-ának (1)-(2) bekezdése szerinti – adatokat az e törvény hatálybalépését követően létrejövő irányított betegellátási rendszerben résztvevő ellátásszervező csak akkor használhatja fel, ha az érintett biztosított az irányított betegellátási rendszerben való részvételről kapott tájékoztatását és a szolgáltatónak a rendelkezésre álló adatok ellátásszervezés keretében történő további felhasználására vonatkozó szándéknyilatkozatát követően ez ellen írásban nem tiltakozik.

(4) A 13. §-ban foglaltakat az e törvény hatálybalépése előtt lekötött kapacitásokra is alkalmazni kell, ha e törvény hatálybalépéséig nem jött létre finanszírozási szerződés. Ez esetben a kapacitáslekötés megszűnésének legkorábbi időpontja 2006. április 1. lehet.

(5) E törvény hatályba lépésével egyidejűleg

a) az Ebtv.

aa) 21. §-a (1) bekezdése *a)* pontjának *ab)* alpontjában és 21/A. §-ának (6) bekezdésében az „és galenusi” szövegrész,

ab) 68/A. §-ának (2) bekezdésében az „és a 67-68. §” szövegrész,

ac) 76. §-a (3) bekezdésének második mondata,

b) a Magyar Köztársaság 2004. évi költségvetéséről és az államháztartás hároméves kereteiről szóló 2003. évi CXVI. törvény 107. §-a (1) bekezdésének *k)* pontja,

c) a Magyar Köztársaság 2005. évi költségvetéséről szóló 2004. évi CXXXV. törvény 121. §-ának *a)* pontja

hatályát veszti.

(6) E törvény hatályba lépésével egyidejűleg

a) az Ebtv.

aa) 6. §-ának (3) bekezdésében a „biztosítottal” szövegrész helyébe a „Tbj. szerinti biztosítottal” szövegrész,

ab) 11. §-a (1) bekezdésének *b)* pontjában és 13. §-ának felvezető mondatában a „gyógyszert” szövegrész helyébe a „gyógyszert (kivéve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert)” szövegrész,

ac) 21. §-a (1) bekezdése *a)* pontjának *aa)* alpontjában a „törzskönyvezett gyógyszer, valamint a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert” szövegrész helyébe a „forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer” szövegrész,

ad) 21/A. §-ának (1) bekezdésében a „törzskönyvezett gyógyszer, valamint a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert (a továbbiakban együtt: gyógyszer)” szövegrész helyébe a „forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer” szövegrész,

ae) 21/A. §-ának (3) és (4) bekezdésében az „A 21. § (1) bekezdés *a)* pontja” szövegrész helyébe az „A 21. § (1) bekezdése *a)* pontjának *aa)* alpontja” szövegrész,

b) az Eszt.

ba) 2. §-ának (1) bekezdésében a „2001. évben történt” szövegrész helyébe a „2001. évben és azt követően történt” szövegrész,

bb) 3. §-ának (1) bekezdésében az „Országos Egészségbiztosítási Pénztár” szövegrész helyébe az „Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP)” szövegrész

lép.

Általános indokolás

Jelen törvényjavaslat a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvénynek (a továbbiakban: Ebtv.) többek között a biztosított fogalmával, az irányított betegellátási rendszerrel, a transzplantációs várólistával, az Európai Egészségbiztosítási Kártyával, gyógyászati segédeszközök egyedi méretvétel alapján történő gyártásával kapcsolatos módosítását, valamint az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról szóló 2001. évi XXXIV. törvény (a továbbiakban: Eszt.) módosítását tartalmazza.

A Kormány „100 lépés” programjának a biztosítási elv erősítésére vonatkozó pontjainak eleget téve, a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Tbj.) e törvényjavaslattal egyidejű módosításával és a Magyar Köztársaság 2006. évi költségvetéséről szóló törvényjavaslatban foglalt szabályokkal összhangban a biztosított fogalmának definiálásával határozza meg jelen törvényjavaslat, hogy a kötelező egészségbiztosítás rendszerében az egyes ellátástípusok közül ki és melyiket veheti igénybe az Egészségbiztosítási Alap terhére. A Tbj. 2006 elején hatályba lépő új rendelkezései és a jelen törvényjavaslatban megfogalmazott módosítások alapján a következő év elejétől valamennyi belföldi személy jogosult lesz a természetbeni ellátásokat (e törvény szavaival élve: egészségügyi szolgáltatást) az Ebtv. jelenleg is hatályos szabályainak megfelelően térítésmentesen, illetőleg részleges térítési díj ellenében igénybe venni.

Az 1999-ben indult irányított betegellátási modellkísérletet (a továbbiakban: modellkísérlet) a 2004-2005. évben értékelte az Állami Számvevőszék, továbbá részletes értékelést végzett az egészségügyi tárca és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) szakértői csoportja is. Ezek megállapításai az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága és – a jövőbeni teendők meghatározása érdekében – a Kormány elé kerültek. Mindezek figyelembevételével született meg az a döntés, amely értelmében a modellkísérletet le kell zárni. Jelen törvényjavaslat a lezárt modellkísérlet tapasztalatait felhasználva hozza létre az irányított betegellátási rendszert (a továbbiakban: IBR). Az IBR-ben ellátásszervezést csak egészségügyi szolgáltatók végezhetnek, az OEP-pel erre megkötött ellátásszervezési szerződés alapján. Az ellátásszervezők pedig a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval megkötött szerződéssel vonhatják be az IBR-be a háziiorvosi ellátást nyújtó szolgáltatóhoz bejelentkezett biztosítottakat. Az ellátásszervezők feladata ahhoz képest szűkebb körű, mint ami a modellkísérletben működő szervezőké volt, mivel a korábbi feladatok közül egyesek ma már az egész ellátórendszerben kötelezőek és elterjedtek (egyes minőségbiztosítási, prevenciósi feladatok, a jelentési kötelezettség néhány speciális eleme). Jelen törvényjavaslat azáltal, hogy meghatározza az IBR-ben tevékenykedő ellátásszervezők feladatait, az ellátásszervezési szerződés lényegesebb elemeit, az IBR célját, valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény folyamatban lévő módosítása azáltal, hogy a feladataik ellátásához szükséges adatkezelési jogot biztosítja az ellátásszervezőknek, eleget tesz

az IBR-rel kapcsolatban az adatvédelem és transzparencia terén megfogalmazódott követelményeknek. Jelen törvényjavaslatban nem szabályozott kérdésekre vonatkozó rendelkezések meghatározására a Kormány kap felhatalmazást.

Az Ebtv. módosítását igényli a szerv- és szövetátültetésre várók várólistájára való felkerülésre jogosult személyek körének elkerülhetetlen szűkítése. A jelenlegi jogszabályok szerint ugyanis ezekre a várólistákra a Magyar Köztársaság területén tartózkodó személyek közül bárki felkerülhet, ha az orvosilag indokolt, függetlenül attól, hogy az adott személy életvitelszerűen Magyarországon tartózkodik-e, vagy sem. Tekintettel azonban arra, hogy például a transzplantációs várólistákon a legnagyobb arányt képviselő vesebetegségek esetében 2004-ben összesen 1021 beteg szerepelt és ehhez képest – a rendelkezésre álló szervek alacsony száma miatt – 296 átültetésre kerülhetett sor, szükséges a várólistára való felkerülésre jogosultak körét átgondolni és – a nemzetközi és Európai Unió kötelezettségeinket szem előtt tartva – a vonatkozó jogszabályokat módosítani.

Az egyedi méretvétel alapján készített gyógyászati segédeszközöknek létezik egy olyan speciális csoportja (fogpótlást, fogszabályozó készülék), melyek a gyártótól nem egy üzleten keresztül kerülnek a beteghez, hanem az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szakorvoson keresztül, aki az ellátás keretében adja át azt a betegnek az eszköz behelyezésével, amire az Ebtv. lehetőséget ad. Annak érdekében, hogy az ilyen eszközöket gyártók elszámolhassák az egészségbiztosítási szerv felé az eszközök árához nyújtott támogatást, az Ebtv. erre vonatkozó szakaszának módosításával szükséges lehetővé tenni, hogy a megyei egészségbiztosítási szervek erre jogosító szerződést köthessenek nem egészségügyi szolgáltatóval is (a fogpótlás esetében a fogtechnikussal).

Az Ebtv. módosítása a Magyarországon előreláthatólag 2005. november 1-jén bevezetésre kerülő, az E111-es formanyomtatványt felváltó Európai Egészségbiztosítási Kártyához kapcsolódó díjfizetési és megtérítési szabályokat is tartalmazza. A TAJ-kártyához hasonlóan az Európai Egészségbiztosítási Kártyát a biztosítottak térítésmentesen kaphatják meg, kivéve azt az esetet, amikor az új Kártya kiadása a még érvényes Kártyának a jogosult birtokából való kikerülése (lopás, elvesztés, megsemmisülés) vagy megrongálódása miatt vált szükségessé.

A 2084/2003. (VI. 24.) Korm. határozat szerint ez évtől csak az OEP írhat ki többletkapacitás befogadására pályázatot. Jelen törvényjavaslat ezt a változást vezeti át az Eszt. többletkapacitás befogadásáról szóló általános rendelkezéseiben. A módosítás célja tehát az, hogy a többletkapacitásokkal a rendszer a kiemelt egészségpolitikai célok teljesülését szolgálja. Természetesen váratlan esemény vagy előre nem látható módon bekövetkező ellátási szükséglet jelentkezése esetén a törvény lehetőséget ad a kérelemre történő többletkapacitás rendkívüli befogadására. Azonban a befogadás csupán a váratlan esemény vagy az előre nem látható módon bekövetkező ellátási szükséglet fennállásának időtartamára történhet.

Részletes indokolás

Az 1. §-hoz

Az Ebtv. hatályos szövege nem tartalmazza a törvény által használt fogalmak meghatározását. Ez a szakasz ezt a hiányt pótolja az Ebtv. végrehajtásáról rendelkező 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendeletben szereplő fogalommeghatározások és az időközben végbement jogszabályváltozások figyelembevételével. Így a törvényben megtalálható lesz a biztosítottnak, az egészségügyi szolgáltatónak, a gyógyszernek, a gyógyszerertárnak, a gyógyászati segédeszköznek, a gyógyászati segédeszköz forgalomba hozójának, a gyógyászati ellátásnak, a közeli hozzátartozónak és a közös háztartásnak a definíciója.

A 2. §-hoz

Az Ebtv. 6. §-ának módosításával rögzítésre kerül, hogy a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Tbj.) szerinti biztosítottal azonos ellátások illetik meg azokat a személyeket, akik után a központi költségvetés egészségbiztosítási járulékot fizet. A Tbj. e törvényjavaslattal egyidejű módosítása alapján a központi költségvetés járulékfizetést teljesít a Tbj. 16. §-ában meghatározott egészségügyi szolgáltatásra jogosultak egyes csoportjai (például a nyugdíjasok, az általános és középiskolai tanulók, a nappali tagozatos felsőoktatásban részesülők) és egyéb, a Tbj. 16. §-ában nem említett, a költségvetésről szóló törvényben nevesítésre kerülő személyek (például a mezőgazdasági őstermelők és a hajléktalanok) után.

A 3. §-hoz

A szerv- és szövetátültetésre várók várólistájára a jelenlegi jogszabályok szerint a Magyar Köztársaság területén tartózkodó személyek közül bárki felkerülhet, ha az orvosilag indokolt, függetlenül attól, hogy az adott személy életvitelszerűen Magyarországon tartózkodik-e. A tervezet szerint csak azok kerülhetnek majd fel a várólistára, akik a Tbj. 5. §-a szerint Magyarországon biztosítottak vagy a Tbj. alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosultak. Megmarad a jogosultságuk azoknak is, akik a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK rendelet, vagy kétoldalú nemzetközi egyezmény alapján azért jönnek hazánkba, hogy egészségügyi szolgáltatást vegyenek igénybe és ezt a saját biztosítójuk előzetesen engedélyezte. Ez a szabályozás összhangban áll az Európai Unió tagállamaiban folytatott gyakorlattal.

A 4. §-hoz

Ez a szakasz a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvénnyel összhangban törvényi szinten teszi lehetővé a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásáról, a támogatás megváltoztatásáról és a támogatásból való kizárásról hozott első fokú határozatok megtámadása esetén a fellebbezésre tekintet nélküli végrehajthatóságot. A gyógyszerek befogadásával kapcsolatosan ezen szabály jelenleg is él az Ebtv. végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendeletben, azonban a 2005. november 1-jén hatályba lépő új eljárási törvény magasabb jogforrási szintet követel meg a határozatok azonnali végrehajthatóságának kimondására.

Az 5. §-hoz

Magyarországon előreláthatólag 2005. november 1-jén bevezetésre kerül az E 111-es formanyomtatványt felváltó Európai Egészségbiztosítási Kártya, illetőleg az azt helyettesítő nyomtatvány. Ezekkel a magyar biztosítottak azt igazolhatják, hogy jogosultak az Egészségbiztosítási Alap terhére az 1408/71/EGK rendeletben foglaltak szerint egészségügyi szolgáltatást igénybe venni az Európai Gazdasági Térség bármelyik országában az ott-tartózkodásuk ideje alatt, amennyiben az ellátás orvosi okokból azonnal szükséges. A Kártyát az illetékes megyei egészségbiztosítási pénztár fogja a biztosított kérelmére, a külön jogszabályban meghatározott időtartamra kibocsátani. Ez a szakasz a Kártyával kapcsolatos díjfizetési szabályokkal egészíti ki az Ebtv. 27. §-át. A Kártya kibocsátásáért csak abban az esetben kell majd jelen módosítás értelmében az általános tételű eljárási illetékkel azonos mértékű igazgatási szolgáltatási díjat fizetni, ha az új Kártya kiadása a még érvényes Kártyának a jogosult birtokból való kikerülése (lopás, elvesztés, megsemmisülés) vagy megrongálódása miatt válik szükségessé. Az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény 67. §-a szerint a lakosság széles körét érintő díjfizetési kötelezettséget csak törvény állapíthat meg, ezért szükséges az erre vonatkozó szabályokat az Ebtv.-be beépíteni.

A 6. §-hoz

Az egyedi méretvétel alapján készített gyógyászati segédeszközöknek létezik egy olyan speciális csoportja (fogpótlást, fogszabályozó készülék), melyek a gyártótól nem egy üzleten keresztül kerülnek a beteghez, hanem az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szakorvoson keresztül, aki az ellátás keretében adja át azt a betegnek az eszköz behelyezésével, amire az Ebtv. lehetőséget ad. Annak érdekében, hogy az ilyen eszközöket gyártók elszámolhassák az egészségbiztosítási szerv felé az eszközök árához nyújtott támogatást, az Ebtv. erre vonatkozó szakaszának módosításával szükséges lehetővé tenni, hogy a megyei egészségbiztosítási szervek erre jogosító szerződést köthessenek nem egészségügyi szolgáltatóval is (a fogpótlás esetében a fogtechnikussal). A szerződéskötésnek a törvény által előírt feltétele lesz, hogy a szerződő gyártónak, labornak rendelkeznie kell a társadalombiztosítási támogatással rendelhető, illetve kölcsönözhető gyógyászati segédeszközökről, a támogatás összegéről és mértékéről, valamint a rendelés, forgalmazás, kölcsönzés és javítás

szakmai követelményeiről szóló 19/2003. (IV. 29.) ESzCsM rendeletben meghatározott hatósági bizonyítvánnyal. Ezen szakasz alapján szerződést lehet majd kötni az egyedi méretvétel alapján gyártott gyógyászati segédeszközök javítására is, amely alapján a szerződő személy a javítás díjához nyújtott támogatást számolhatja el. Azt, hogy mely segédeszközök gyártására, illetve javítására lehet majd ilyen szerződést kötni, az Ebtv. végrehajtásáról szóló kormányrendelet fogja meghatározni.

A 7. §-hoz

Az OEP, illetve a megyei egészségbiztosítási pénztárak (a továbbiakban: MEP) az Ebtv. 30. §-a és 31-33/A. §-a alapján atipikusnak minősíthető polgári jogi szerződést kötnék az egészségügyi szolgáltatókkal a finanszírozott egészségügyi ellátások nyújtására, a forgalmazókkal, a gyógyászati ellátást nyújtó szolgáltatókkal a biztosítottak részére kiszolgáltatót gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve nyújtott gyógyászati ellátás után járó ártámogatás elszámolására, valamint a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosával gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésére. Az Ebtv. 36. §-ban foglalt, az OEP/MEP ellenőrzési tevékenységére vonatkozó rendelkezések gyakorlati végrehajtása során számos értelmezési problémát vetett fel, hogy a normaszövegből egyértelműen nem állapítható meg, hogy az OEP, illetve a MEP ezen szerződések által létrehozott polgári jogi jogviszony (az egyes szerződésekbe foglalt ellenőrzésre vonatkozó rendelkezések) alapján, és nem hatóságként jogosult az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzésére, ezért szükségessé vált ennek egyértelmű kimondása a törvény szövegében.

Szükséges továbbá annak előírása is, hogy a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltatóknak a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelésére jogosult orvosa az általa kezelt biztosított egészségügyi dokumentációját köteles az ellenőrzés során az őt ellenőrző személy rendelkezésére bocsátani.

A 8. §-hoz

Az IBR-ben történő ellátásszervezésre az OEP a Magyar Köztársaság költségvetéséről szóló törvényben (a továbbiakban: költségvetési törvény) meghatározottak figyelembevételével kiírt, az IBR-re vonatkozó részletszabályokat meghatározó kormányrendelet szerinti pályázaton kiválasztott és a külön jogszabályban meghatározott egyéb feltételeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatóval köthet szerződést (a továbbiakban: ellátásszervező).

Az ellátásszervező feladatai közé tartozik:

- az ellátásszervezés és koordinálás, a betegút követése,
- a vállalt prevenciók terv megvalósításának megszervezése, koordinálása, ellenőrzése és értékelése, valamint módosítása a jogszabályok által kötelezően előírt vagy egyéb forrásból támogatott programok változása miatt, továbbá a módosított terv jóváhagyásra való megküldése az OEP részére,

- a minőségbiztosítás követelményrendszerének teljesítése az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 120. §-ában foglaltak szerint, különösen minőségpolitikai nyilatkozat, szakmai protokollok alkalmazása,
- a külön jogszabályban előírt adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése, az OEP-től kapott tételes betegforgalmi adatok elemzése, monitoringrendszer működtetése,
- az érintett biztosítottak részére nyújtott egészségügyi ellátások betegforgalmi adatainak elemzése,
- az OEP által megküldött keresőképtelenségi napok összehasonlító statisztikai adatainak elemzése,
- az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 32/A. §-a (1)-(2) bekezdésében meghatározott adatok kezelése,
- amit külön jogszabály ekként határoz meg.

Az érintett biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások fedezetül a természetbeni ellátások előirányzatának az érintett biztosítottak kora, neme szerinti és külön jogszabályban meghatározott egyéb szempontok alapján számított arányos része, a fejkvóta szolgál. A fejkvóta szerinti összeget mint bevételt, valamint az érintett biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások finanszírozási díját mint kiadást tartalmazó kimutatást (a továbbiakban: elvi számla) az OEP vezeti. Az elvi számla pozitív egyenlege a bevételi többlet. A bevételi többlet felosztására és felhasználására a költségvetési törvény és az e törvény felhatalmazásán alapuló külön jogszabály rendelkezéseit kell alkalmazni. Az elvi számla tekintetében az adott kistérség a szervező területének minősül, ha a kistérségben működő háziiorvosi praxisok több mint 70%-a csatlakozik a szervezőhöz.

Az IBR-ben való részvétel érdekében a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziiorvosi ellátást nyújtó szolgáltató szolgáltatási szerződést köthet az ellátásszervezővel. Érintett biztosítottak az ellátásszervezővel az így szerződött háziiorvosi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz bejelentkezett biztosítottak minősülnek.

A szolgáltatási szerződések kötése során az ellátásszervezőnek a működés földrajzi határain belül – Budapest kivételével – zárt terület kialakítására kell törekednie a települési önkormányzatok többcélú kistérségi társulásáról szóló törvényben meghatározott kistérségi határok figyelembevételével.

Az ellátásszervező a vele szolgáltatási szerződésben nem álló egészségügyi szolgáltatóval együttműködési megállapodást köthet az érintett biztosítottak egészségügyi ellátásában való közreműködésre. Az IBR-ben résztvevő háziorvos természetesen ettől függetlenül más egészségügyi szolgáltatóhoz is beutalhatja a beteget.

A 9. §-hoz

Az a személy, aki EU-Kártyával vagy az azt helyettesítő nyomtatvánnyal, valamint a közösségi rendelet szerinti egyéb nyomtatvánnyal úgy vett igénybe egészségügyi szolgáltatást valamely EGT tagállamban, hogy a 6-7. §-ok és a 8/A. § alapján nem volt jogosult annak igénybevételére, köteles az egészségügyi szolgáltatás E. Alapot terhelő költségeit megtéríteni.

A 10. §-hoz

Az Ebtv. 67. alapján a foglalkoztató köteles megtéríteni az üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedések miatt felmerült egészségbiztosítási ellátást, ha a baleset vagy megbetegedés annak a következménye, hogy ő vagy megbízottja a reá nézve kötelező munkavédelmi szabályokban foglalt kötelezettségének nem tett eleget, illetőleg ha ő vagy alkalmazottja (tagja) a balesetet szándékosan idézte elő. Az Ebtv. 68. §-a szerint pedig aki az egészségbiztosítási ellátásra jogosult betegségéért, keresőképtelenségéért, munkaképesség-csökkenéséért vagy haláláért felelős - kivéve a 67. §-ban meghatározott esetet -, köteles az emiatt nyújtott egészségbiztosítási ellátást megtéríteni. Ezt a megtérítési igényt csak akkor tudja az illetékes megyei egészségbiztosítási pénztár érvényesíteni, ha ehhez megfelelő információkkal rendelkezik. Jelen szakasz ennek érdekében írja elő, hogy az ügyben eljáró egészségbiztosítási szerv jogosult a 67-68. §-ok szerinti megtérítési igényt megalapozó eseménnyel kapcsolatban a más hatóságnál, illetve egyéb szervnél indult eljárás során hozott, a megtérítési igény elbírálásához szükséges döntés megismerésére. Biztosítani kell az ügyben eljáró egészségbiztosítási szerv részére, hogy a döntés alapjául szolgáló iratokba betekinthesse és arról másolatot készíthesse. Az eljáró egészségbiztosítási szerv megkeresésére a kért iratok másolatát az érintett szerv 30 napon belül megküldi a megkereső részére.

A 11. §-hoz

Jelen szakasz az Ebtv. 83. §-a (2) bekezdésének kiegészítésével felhatalmazást ad a Kormánynak arra, hogy rendeletben határozza meg az irányított betegellátási rendszerre vonatkozó részletes szabályokat, ezen belül az ellátásszervező kiválasztására irányuló pályázat kiírására és elbírálására vonatkozó szabályokat, az ellátásszervezővel szemben támasztott követelményeket, az ellátásszervezési szerződés tartalmi elemeit és mellékleteit, a fejkvóta megállapítását, az elvi számla vezetését és egyenleg számítási módját, a bevételi többlet kiutalására, felhasználására, ellenőrzésére és visszavonására vonatkozó szabályokat, a pénzeszköz-áramlás szabályait és ellenőrzése módját, az ellátásszervező megszűnésére és az IBR-ből való kilépésére alkalmazandó szabályokat.

A 6. §-sal összefüggésben szükséges módosítani az Ebtv. 83. §-a (2) bekezdésének u) pontjában meghatározott felhatalmazó rendelkezést, amely alapján a Kormány rendelkezéseket állapíthat majd meg a gyógyászati segédeszköz egyedi méretvétel alapján történő gyártására és javítására köthető szerződésekkel kapcsolatban és

meghatározhatja, hogy mely segédeszközök esetében, milyen feltételek mellett van lehetőség ilyen szerződések megkötésére.

Az 5. §-sal összefüggésben szükséges felhatalmazni a Kormányt arra, hogy az Európai Egészségbiztosítási Kártya érvényességi idejének és kibocsátása szabályainak meghatározza.

A 12. §-hoz

A 2084/2003. (VI. 24.) Korm. határozat szerint ez évtől csak az OEP írhat ki többletkapacitás befogadására pályázatot. A jelen § ezt a változást vezeti át az Eszt. többletkapacitások befogadásáról szóló általános rendelkezésein.

Az egészségügyi ellátás megfelelő színvonalának biztosítása érdekében a pályázat elbírálásánál figyelembe veendő szakmai szempontokat is meghatározza a javaslat.

Továbbá az új szabályozás a jelenlegi kormányrendeleti szint helyett törvényi biztosítékot kíván adni arra, hogy a többletkapacitás befogadásánál a finanszírozásra rendelkezésre álló pénzügyi források túllépése ne történhessen meg.

Kormányrendelet helyett szintén törvényi szinten kerül rendezésre, hogy a járó- és fekvőbeteg szakellátásban meghatározott célok érdekében előzetes kapacitás befogadásra, illetve váratlan esemény miatti ellátási szükséglet befogadásánál a külön jogszabály szerinti „gyorsított” eljárás lefolytatására legyen lehetőség.

A 13. §-hoz

Előfordul, hogy az Eszt. hatálybalépésekor, illetve azt követő kapacitáslekötés módosítás során lekötött kapacitások egy része tartósan kihasználatlan. Ez a tény a finanszírozáshoz szükséges előirányzat felhasználásának tervezhetőségét kedvezőtlenül befolyásolja, végső fokon az ellátáshoz szükséges új kapacitások befogadását akadályozhatja, ezért a javaslat a kihasználatlan kapacitások megszűnéséről is rendelkezik. Jelenleg - egyszeri alkalmazásra - hasonló rendelkezést kormányrendelet tartalmaz, de a folyamatos alkalmazhatóság elősegítése érdekében indokolt a törvényi szintű rendelkezés.

A 14. §-hoz

Az Eszt. fenti módosításaira tekintettel, továbbá a regionális egészségügyi tanácsok szerepének növelése érdekében a Kormány számára új felhatalmazó rendelkezés vált szükségessé, ezért az Eszt. jelenlegi felhatalmazó rendelkezését a javaslat kicseréli.

A 15. §-hoz

A záró rendelkezések között kerül kimondásra, hogy ez a törvény nem érinti az e törvény hatálybalépése előtt szerv- vagy szövetátültetésre jogosító várólistára felkerült

személyek szerv- vagy szövetátültetésre való jogosultságát. Amennyiben tehát valaki a jelen módosítás előtt hatályos jogszabályok alapján felkerülhetett egy transzplantációs várólistára és e törvény hatálybalépésekor még nem végezték el a rajta a szerv- vagy szövetátültetést, akkor ezt a személyt nem lehet levenni a várólistáról arra hivatkozva, hogy e törvény hatálybalépését követően már nem lenne jogosult arra felkerülni. Azt a személyt pedig, akinek esetében ugyanazon szerv vagy szövet átültetése a Magyarországon elvégzett korábbi szerv- vagy szövetátültetést követően, a beültetett szerv vagy szövet kilökődése miatt indokolttá vált, attól függetlenül fel kell venni a várólistára, hogy az érintett személy e törvény hatálybalépését követően jogosult-e rá.

2005. december 31-ével lezárásra kerül az 1999. óta – a Magyar Köztársaság költségvetéséről szóló törvény alapján – működő irányított betegellátási modellkísérlet. Az irányított betegellátási modellkísérletben részt vett ellátásszervező kezelésében álló, az érintett biztosítottnal kapcsolatos, az ellátásszervező feladatának ellátásához szükséges – az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény. 32/A. §-ának (1)-(2) bekezdése szerinti – adatokat az e törvény hatálybalépését követően létrejövő irányított betegellátási rendszerben résztvevő ellátásszervező csak akkor használhatja fel, ha az érintett biztosított az irányított betegellátási rendszerben való részvételről kapott tájékoztatását és a szolgáltatónak a rendelkezésre álló adatok ellátásszervezés keretében történő további felhasználására vonatkozó szándéknyilatkozatát követően ez ellen írásban nem tiltakozik.

Tekintettel arra, hogy a korábban lekötött kapacitások egy részére ez ideig sem jött létre finanszírozási szerződés, ezért a 13. §-ban foglaltakat az e törvény hatálybalépésekor kihasználatlan kapacitásokra is szükséges alkalmazni. Ez esetben a kapacitáslekötés megszűnésének legkorábbi időpontja 2006. április 1. lehet.