

2006. évi CXV. törvény egyes, az egészségügyet érintő törvényeknek az egészségügyi reformmal kapcsolatos módosításáról

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

1. § A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 2. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

"(1) Az egészségbiztosítási ellátások közül az egészségügyi szolgáltatások - e törvény keretei között és az e törvény felhatalmazása alapján kiadott finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendek figyelembevételével - az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe."

2. § Az Ebtv. 5/B. §-ának j) pontja helyébe a következő rendelkezés lép, egyidejűleg a § a következő k) és l) ponttal egészül ki:

[E törvény alkalmazásában]

"j) központi várólista: a külön jogszabályban meghatározott nagy költségű ellátások igénybevételére váró betegek jegyzéke, továbbá a szerv, illetve véresejtképző összejt átültetésére váró betegek listája (transzplantációs várólista);

k) intézményi várólista: az adott intézményben a betegellátás sorrendjét meghatározó jegyzék, amely - a központi várólista alapján igénybe vehető ellátások kivételével - műtétek, beavatkozások, vizsgálatok meghatározott sorrend szerinti elvégzése, illetve nagy értékű eszközök igénybevétele érdekében kerül kialakításra [a j) és k) pont a továbbiakban együtt: várólista];

l) egészségbiztosító: az egészségbiztosítási szerv."

3. § Az Ebtv. II. fejezete 1. címének helyébe a következő szövegrész lép:

"Térítésmentesen, valamint vizitdíj, illetve kórházi napidíj fizetése mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások"

4. § Az Ebtv. 13. §-ának b) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[A biztosított betegsége esetén jogosult járóbeteg-szakellátás keretében történő vizsgálatra, gyógykezelésre, ideértve az ellátás során felhasznált - az ellátás finanszírozása során figyelembe vett - gyógyszer (kivéve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert), illetve kötszert is, továbbá a gyógykezeléséhez szükséges orvosi szakvéleményre, gondozásra és külön jogszabályban meghatározott esetekben a keresőképességének elbírálására]

"b) az a) pontban foglaltak hiányában is, amennyiben jogszabály az adott szakellátás beutaló nélkül történő igénybevételét lehetővé teszi,"

5. § Az Ebtv. 14. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

"(1) A biztosított betegsége esetén a külön jogszabályban meghatározott orvos beutalása alapján jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra."

6. § Az Ebtv. 18. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

"18. § (1) A biztosítottat az e törvény szerint járó egészségügyi szakellátásra a finanszírozott

egészségügyi szolgáltató orvosa vagy külön jogszabályban meghatározott feladatot ellátó orvos a külön jogszabályban meghatározottak szerint utalhatja be.

(2) A biztosított ellátását nem tagadhatja meg a beutaló szerinti egészségügyi szolgáltató, továbbá az a szolgáltató, amely a beutaló orvos előzetes jelzése alapján az ellátást vállalta.

(3) A biztosított területi ellátására nem kötelezett szolgáltató az ellátást csak akkor tagadhatja meg, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását a területen kívüli betegek fogadása veszélyezteti, és az ellátásra az egészségbiztosító által lekötött szabad kapacitással nem rendelkezik.

(4) A szolgálati jogviszonyban álló és egyes külön jogszabályban meghatározott tevékenységet végző biztosítottak külön jogszabályban meghatározott rendben, valamint a fogva tartott személyek külön jogszabályban meghatározott rendben és feltételek szerint jogosultak az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére.

(5) A gyógyító céllal rendelhető finanszírozott ellátások keretében - a (6) bekezdésben foglalt kivételekkel - valamennyi szakmailag indokolt beavatkozás elvégezhető.

(6) Nem az E. Alap terhére vehetők igénybe:

a) az Eütv. 142. §-a

aa) (2) bekezdése a) pontjában meghatározott ellátások,

ab) (3) bekezdésének c)-i) pontjában meghatározott ellátások,

b) a külön jogszabályban meghatározott munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok,

c) a külön jogszabályban meghatározott foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé,

d) a külön jogszabály által elrendelt orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre, illetve egészségbiztosítási ellátásra való jogosultság megállapítása céljából kerül sor,

e) a külön jogszabályban meghatározott különösen veszélyes (extrém) sportolás közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások,

f) hivatásos sportolók sportegészségügyi ellátása,

g) a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatás,

h) a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel,

i) az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatásos ellátás,

j) a g)-i) pontban meghatározott ellátások következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások,

k) a méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások kivételével a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárás,

gyógyszer, gyógyászati segédeszköz alkalmazása, illetve a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása,

l) a kizárólag orvosbiológiai kutatás keretében nyújtott ellátások,

m) a biztosított kísérőjének részére az egészségügyi szolgáltató által biztosított szállás és étkezés, kivéve, ha a biztosított a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény szerint fogyatékos személynek minősül,

n) a járművezetői alkalmassági vizsgálatok,

o) a lőfegyvertartásra vonatkozó orvosi alkalmassági vizsgálatok,

p) alkohol, illetve kábítószer hatása alatt állás esetén a detoxikálás,

q) alkohol, illetve kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálatok,

r) láttelelet kiadása,

s) a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (a továbbiakban: Pp.) 307. §-ának (2) bekezdése szerinti, az alperes elmeállapotára vonatkozó szakorvosi véleményezés,

t) a nem kötelező védőoltások,

u) az a)-t) pontban meghatározott ellátások keretében, annak részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.

(7) A (6) bekezdésben meghatározott ellátások körébe tartozó beavatkozásokat az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben állapítja meg.

(8) A háziorvosi ellátást, illetve fogászati alapellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a biztosítottat - magyar nyelven, közérthetően megfogalmazott - elszámolási nyilatkozatban tájékoztatja

a) a biztosított által igénybe vett ellátásról,

b) a biztosított által fizetendő vizitdíj összegéről,

c) az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevétele feltétele.

(9) A járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a biztosítottat - magyar nyelven, közérthetően megfogalmazott - elszámolási nyilatkozatban tájékoztatja

a) a biztosított által igénybe vett ellátásról (a külön jogszabály szerinti OENO-kóddal együtt),

b) az a) pont szerinti ellátásért az egészségbiztosítási finanszírozás keretében külön jogszabály alapján igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről,

c) a biztosított által fizetendő vizitdíj összegéről,

d) az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevétele feltétele.

(10) A fekvőbeteg-gyógyintézet a biztosítottat elbocsátásakor - magyar nyelven, közérthetően

megfogalmazott - elszámolási nyilatkozatban tájékoztatja

a) a biztosított által igénybe vett ellátásról (a külön jogszabály szerinti BNO- és HBCs-kóddal együtt),

b) az a) pont szerinti ellátásért az egészségbiztosítási finanszírozás keretében külön jogszabály alapján igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről,

c) az ellátási napok számáról és ez alapján a biztosított által fizetendő kórházi napidíj összegéről,

d) az ellátásért fizetendő külön jogszabály szerinti térítési díjról, amennyiben az az ellátás igénybevételének feltétele.

(11) A biztosított az elszámolási nyilatkozat mindkét példányának aláírásával igazolja, hogy az abban megnevezett ellátást igénybe vette. Az aláírt elszámolási nyilatkozat egyik példányát a biztosítottnak át kell adni, másik példányát pedig az egészségügyi szolgáltató a biztosított egészségügyi dokumentációjának részeként megőrzi.

(12) Ha a biztosított nem képes aláírni az elszámolási nyilatkozatot, úgy azt helyette a képviselőjére jogosult, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 16. §-ának (1)-(2) bekezdése szerinti személyek - az ott meghatározott sorrend alapján - jogosultak aláírni. Ha a biztosított nem akarja aláírni a ténylegesen elvégzett tevékenységekről szóló elszámolási nyilatkozatot, annak pótlását a bíróságtól lehet kérni."

7. § Az Ebtv. a következő 18/A. §-sal egészül ki:

"18/A. § (1) A biztosított a (2) és (6) bekezdésben foglalt esetek kivételével a (9) bekezdésben meghatározott vizitdíj fizetése mellett jogosult igénybe venni a 11-13. §-ban meghatározott ellátásokat.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltaktól eltérően nem kell vizitdíjat fizetni a külön jogszabályban meghatározott tartós orvosi kezelés részét képező ellátásért.

(3) A biztosított a (4) és (6) bekezdésben foglalt esetek kivételével a (12) bekezdésben meghatározott kórházi napidíj megfizetése mellett jogosult igénybe venni a 14. §-ban meghatározott fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásokat.

(4) A (3) bekezdésben foglaltaktól eltérően nem kell kórházi napidíjat fizetni fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásért, ha a biztosított az adott naptári évben az általa igénybe vett fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásokért összesen már 20 napnyi napidíjat fizetett.

(5) A biztosított a 16. § szerinti orvosi rehabilitációs ellátást

a) járóbeteg-szakellátás keretében a (9) bekezdés szerinti vizitdíj fizetése mellett,

b) fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás keretében (12) bekezdés szerinti kórházi napidíj fizetése mellett

jogosult igénybe venni, azzal, hogy az a) pontban meghatározott esetben a (2) bekezdésben foglaltakat, a b) pontban meghatározott esetben pedig a (4) bekezdésben foglaltakat értelemszerűen alkalmazni kell.

(6) Az (1), (3) és (5) bekezdésben foglaltaktól eltérően nem kell vizitdíjat, illetőleg kórházi napidíjat fizetni, ha

- a) az ellátás az Eütv. 56-74. §-a szerinti kötelező járványügyi intézkedés részét képezi,
 - b) az ellátás az Eütv. 228-232. §-a szerinti katasztrófa-egészségügyi ellátás részét képezi,
 - c) az ellátás keretében a biztosított külön jogszabályban meghatározott népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatot vesz igénybe,
 - d) az ellátás külön jogszabály szerinti terhesgondozás, illetőleg szülés és gyermekágyas anya gondozásának részét képezi,
 - e) a biztosított az ellátás igénybevételekor a 18. életévét még nem töltötte be,
 - f) az Eütv. 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség esetén nyújtott külön jogszabály szerinti ellátásokért,
 - g) az ellátás
 - ga) az Eütv. 196. §-ának b) és c) pontja szerinti sürgősségi vagy kötelező gyógykezelésnek minősül,
 - gb) az alperes fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezésére irányuló, a Pp. 310. §-ának (2) bekezdésén alapuló bírói döntés miatt szükséges,
 - gc) a terhelt elmeállapotának pszichiátriai fekvőbeteg-gyógyintézetben történő megfigyelésére irányuló, a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény 107. §-ának (1) bekezdésén alapuló bírói döntés miatt szükséges,
 - h) az ellátás igénybevétele során a biztosított elhalálozott,
 - i) azt a biztosított a külön jogszabály alapján a hajléktalanok ellátására létrehozott és finanszírozott házi orvosnál, valamint az általa kiállított beutaló alapján bármely más egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe.
- (7) Az egészségügyi szolgáltató szabályzatában mentesítheti az általa nyújtott ellátásokért fizetendő vizitdíj, illetőleg kórházi napidíj fizetésének kötelezettsége alól az általa munkavégzésre irányuló jogviszony keretében - ide nem értve a megbízási jogviszony keretében - foglalkoztatott dolgozót.
- (8) A biztosított a (11) bekezdésben meghatározott mértékű emelt összegű vizitdíj ellenében jogosult
- a) a házi orvosi ellátásra, amennyiben
 - aa) a biztosított kezdeményezése alapján az ellátás igénybevételére nem a rendelőben kerül sor,
 - ab) a biztosított saját kezdeményezésére nem a bejelentett tartózkodási helye szerint területi ellátásra kötelezett házi orvosnál, valamint nem annál a házi orvosnál veszi igénybe az ellátást, amelyikhez be van jelentkezve,
 - b) az ügyeleti ellátásra, amennyiben annak igénybevételét nem indokolja az Eütv. 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség,
 - c) a járóbeteg-szakellátásra, amennyiben
 - ca) azt más finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe, mint amelynél a beutaló

orvos azt kezdeményezte,

cb) a biztosított a beutalóval igénybe vehető ellátást beutaló nélkül veszi igénybe.

(9) Az (1) bekezdés alapján fizetendő vizitdíj összege - (10) és (11) bekezdésben meghatározott kivétellel - alkalmanként 300 forint.

(10) Amennyiben a biztosított ugyanazon egészségügyi szolgáltatónál egy nap több járóbeteg-szakellátást vesz igénybe, a vizitdíjat - az (1) bekezdés c) pontjától eltérően - csak egyszer kell megfizetni.

(11) A (8) bekezdés

a) aa) és ab) alpontja és c) pontja alapján fizetendő vizitdíj összege 600 forint alkalmanként,

b) b) pontja alapján fizetendő vizitdíj összege 1000 forint alkalmanként.

(12) A (3) bekezdés alapján a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásért fizetendő kórházi napidíj összege a fekvőbeteg-gyógyintézetben töltött ellátási naponként 300 forint.

(13) Az egészségügyi szolgáltató a vizitdíj, illetőleg a kórházi napidíj megfizetését nyugtával, illetőleg kérelemre számlával igazolja. A nyugtán, illetőleg a számlán fel kell tüntetni az ellátást igénybevevő biztosított nevét és TAJ számát is.

(14) Amennyiben a biztosított a (13) bekezdés szerinti nyugtával, illetőleg számlával igazolja, hogy az adott naptári évben általa igénybe vett háziorvosi ellátásért (ideértve a fogászati alapellátást is), illetve járóbeteg-szakellátásért vizitdíjat legalább már 20-20 alkalommal fizetett, a 20 alkalom feletti ellátások után fizetett vizitdíjak összegét az illetékes jegyzőtől a külön jogszabályban meghatározottak szerint visszaigényelheti.

(15) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató köteles

a) a biztosítottakat az ellátás igénybevételét megelőzően a díjfizetési kötelezettségről tájékoztatni,

b) az (1)-(14) bekezdésben foglaltak figyelembevételével a vizitdíjat, illetőleg a kórházi napidíjat beszédni,

c) a vizitdíjjal és kórházi napidíjjal kapcsolatos külön jogszabály szerinti adatszolgáltatási és jelentési kötelezettségét az egészségbiztosító felé teljesíteni.

(16) A vizitdíjjal és a kórházi napidíjjal kapcsolatos panaszt az egészségbiztosítási felügyeleti hatósághoz lehet benyújtani."

8. § Az Ebtv. 19. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

"19. § (1) Az egészségügyi ellátás keretében a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségbiztosításért felelős miniszter által az adott ellátásra meghatározott finanszírozási eljárási rend, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rend szerinti szolgáltatásokra jogosult. Ha a biztosított állapota és a gyógyítás szempontjai azt szükségessé teszik, a kezelőorvos a finanszírozási eljárási rendben, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól eltérhet. Az egészségügyi szolgáltató a biztosított kérésére a 23. § f) pontjának figyelembevételével térhet el a finanszírozási eljárási rendben, illetve a vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól.

(2) Amennyiben az adott ellátás tekintetében az egészségbiztosításért felelős miniszter nem határoz meg finanszírozási, illetőleg vizsgálati és terápiás eljárási rendet, a biztosított a

kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, a szolgáltatónál rendelkezésre álló mindazon finanszírozott vizsgálati és terápiás ellátásra jogosult, amely egészségi állapotának lehetséges mértékű helyreállításához szükséges.

(3) Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során a biztosított - a 23. § b) pontjában foglaltak figyelembevételével - a finanszírozott egészségügyi szolgáltató munkarendje alapján beosztott orvos helyett másik orvost igényelhet, amennyiben azt a biztosított egészségi állapota által indokolt ellátás szakmai tartalma és az ellátás sürgőssége nem zárja ki, azzal, hogy ezt a szabályt az egészségügyi szolgáltatónál nem munkaviszonyban, illetve közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatott orvos választására is alkalmazni kell.

(4) A biztosított, amennyiben a vizsgálatok eredményét vitatja, vagy a javasolt vizsgálati, illetve terápiás módszerrel nem ért egyet, egy további orvosi szakvéleményre és javaslatra jogosult."

9. § Az Ebtv. 20. §-ának helyébe a következő rendelkezés lép:

"20. § (1) A finanszírozási szerződés szerinti ellátásra kötelezett szolgáltató egyes ellátások elvégzését - amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását - várólista alapján is teljesítheti.

(2) Amennyiben a kezelőorvos a biztosított részére a kizárólag várólista alapján nyújtható egészségügyi ellátásokról szóló jogszabály által nevesített ellátást rendel, a biztosított az ellátásra a várólistára történő felkerülés időpontja szerint jogosult. Ettől eltérni az ellátás szakmai indokoltsága, továbbá az ellátás várható eredménye alapján lehet. Az eltérés lehetőségének szakmai szabályait az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben szabályozza.

(3) Az egészségügyi szolgáltató az ellátás természete, továbbá tartós kapacitáshiány esetén alakíthat ki várólistát.

(4) A transzplantációs várólistára való felvételre jogosult:

a) a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított,

b) a Tbj. 16. §-ának (1) bekezdése alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy,

c) az a)-b) pont hatálya alá nem tartozó személyek közül az, akinek egészségbiztosítója az ellátás igénybevételét a Közösségi rendelet 22. cikke 1. bekezdésének c) pontja, illetve kétoldalú egyezmény alapján előzetesen, vagy az egyezményben meghatározottak szerint engedélyezte.

(5) A biztosított jogosult a kezelőorvosánál mindazon vizsgálatok kezdeményezésére és - a kezelőorvos javaslata alapján - elvégeztetésére, amelyek a várakozás sorrendjét befolyásoló egészségi állapotváltozás megállapításához szükségesek.

(6) Az egészségügyi államigazgatási szerv területileg illetékes szerve köteles megvizsgálni, hogy az egészségügyi szolgáltató megfelel-e a működési engedély kiadásának feltételül külön jogszabályban meghatározott szakmai minimumfeltételeknek, amennyiben a várólista szakember, gép, műszer, orvostechnikai eszköz tartós hiánya miatt indokolatlanul hosszú."

10. § Az Ebtv. a következő 20/A. §-sal egészül ki:

"20/A. § (1) A várólista az adott egészségügyi ellátásra besorolt biztosítottak legfontosabb személyazonosító adatait (családi és utónév, anyja neve, nem, születési év, lakóhely, társadalombiztosítási azonosító jel) és az ellátásra való jogosultság sorrendjét tartalmazza. A biztosítottak egyéb adatait az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. A várólistán szereplő adatokat és a biztosítottak egyéb adatait az egészségügyi és személyazonosító adatok

kezelésére vonatkozó jogszabályokban meghatározott rendelkezések szerint kell kezelni.

(2) A központi várólistát kormányrendeletben kijelölt szerv működteti. A kormányrendeletben kijelölt szerv a működtetéshez a külön jogszabályban meghatározott közreműködőt vehet igénybe. Az intézményi várólistát az adott ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató szervezeti és működési szabályzatában e feladatra kijelölt személy vezeti.

(3) A várólista adatai - kizárólag személyazonosításra alkalmatlan módon - intézményi várólista esetében az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató honlapján, központi várólista esetén a kormányrendeletben kijelölt szerv honlapján megtekinthetők, ebben a formájukban nyilvánosak. A transzplantációs várólista kivételével az ellátás igénybevételének várható időpontját is közzé kell tenni. Az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság honlapjáról a várólista alapján ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók és a kormányrendeletben kijelölt szerv honlapjának is közvetlenül elérhetőeknek kell lenniük.

(4) A várólista adatait a honlapon - folyamatosan, de legkésőbb a változást követő 3 napon belül - úgy kell közzétenni, hogy abból egyértelműen megállapítható legyen az adott biztosított számára a várólistán elfoglalt helye. A közzétételre vonatkozó részletes szabályokat az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben határozza meg.

(5) A (3) bekezdés rendelkezéseinek alkalmazása érdekében az egészségügyi szolgáltatónál az intézményi várólista kezeléséért felelős személy, illetve a kormányrendeletben kijelölt szerv egyedi azonosítót határoz meg. Az egyedi azonosító nem tartalmazhat a biztosított egészségügyi és személyazonosító adataival összefüggő, továbbá a várólistára történő felvétel időpontjára vonatkozó adatot. Az egészségügyi szolgáltatónál az intézményi várólista kezeléséért felelős személy, illetve a kormányrendeletben kijelölt szerv az egyedi azonosítót annak meghatározásakor, személyesen vagy kezelőorvosa útján közli a biztosítottal.

(6) Az egyedi azonosító tartalmára vonatkozó szabályokról a biztosítottat kezelőorvosa tájékoztatja. Amennyiben a kormányrendeletben kijelölt szerv, illetve az egészségügyi szolgáltatónál az intézményi várólista kezeléséért felelős személy észleli, hogy az adott várólistára érkező egyedi azonosító egy másik, az adott várólistán levő biztosított egyedi azonosítójával megegyezik, akkor a később beérkezett egyedi azonosítót olyan sorszámmal látja el, amely egyértelműen alkalmas az egyedi azonosítók megkülönböztetésére. Erről a biztosítottat a kezelőorvos útján a kormányrendeletben kijelölt szerv, illetve az intézményi várólista kezeléséért felelős személy tájékoztatja."

11. § (1) Az Ebtv. 23. §-a a következő új b) ponttal egészül ki:

[A biztosított részleges térítés mellett jogosult]

"b) az ellátást végző orvos 19. § (3) bekezdésében foglaltak szerinti megválasztására;"

(2) Az Ebtv. 23. §-ának d) és e) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[A biztosított részleges térítés mellett jogosult]

"d) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra, ha azt a biztosított beutaló nélkül veszi igénybe, kivéve az Eütv. 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó - külön jogszabályban megnevezett - ellátásokat;

e) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásnak a beutalási rendtől eltérő igénybevételére, ide nem értve az Eütv. 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó - külön jogszabályban megnevezett - ellátásokat;"

(3) Az Ebtv. 23. §-a a következő k) ponttal egészül ki:

[A biztosított részleges térítés mellett jogosult]

"k) külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásra, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél."

12. § (1) Az Ebtv. 24. §-ának (2) bekezdése a következő mondattal egészül ki:

"A 23. § b) pontja alapján fizetett részleges térítési díjból az egészségügyi szolgáltató a térítési díj ellenében végzett ellátásban közreműködő személyeket a szabályzatában meghatározott módon külön juttatásban részesítheti."

(2) Az Ebtv. 24. §-ának (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

"(3) A 23. § c) pontjában meghatározott fogászati ellátások térítési díját 15%-kal csökkenteni kell, amennyiben a biztosított részt vett a külön jogszabályban előírt, időszakos fogászati szűrővizsgálaton."

(3) Az Ebtv. 24. §-a a következő (4) bekezdéssel egészül ki:

"(4) A finanszírozott egészségügyi szolgáltató a biztosított részére külön térítési díj ellenében abban az esetben nyújthatja a 23. § g) pontjának gb) alpontja szerinti többletszolgáltatást, ha

a) a biztosított az egészségügyi szolgáltatónál az ellátást a többletszolgáltatás nélkül is igénybe vehetné, és

b) az egészségügyi szolgáltató a többletszolgáltatás nyújtása mellett a finanszírozási szerződése szerinti kapacitáson folyamatosan és teljeskörűen tud ellátást nyújtani."

13. § Az Ebtv. 25. §-a a következő (6) bekezdéssel egészül ki:

"(6) A biztosított által a 23. § b) és d) pontja alapján fizetendő részleges térítési díj mértéke annak az összegnek a 30 százaléka, ami az adott ellátásért a külön jogszabályban foglaltak szerint az egészségbiztosító felé elszámolható, azzal, hogy a biztosított által fizetendő összeg nem haladhatja meg a külön jogszabályban meghatározott összeget."

14. § Az Ebtv. 26. §-a a következő új (2) bekezdéssel egészül ki, egyidejűleg az eredeti (2) bekezdés számozása (3) bekezdésre változik:

"(2) Az egészségbiztosító méltányosságból a gyógyászati segédeszközök árához a külön jogszabályban foglaltaktól eltérő gyakorisággal támogatást nyújthat."

15. § Az Ebtv. 31. §-ának (1) bekezdése a következő i) ponttal egészül ki:

[Az egészségügyi szolgáltatóval kötött finanszírozási szerződésben meg kell határozni]

"i) az egészségügyi szolgáltatónál működő intézményi várólista kezelésére jogosult személy(ek) és az egészségügyi szolgáltatónál intézményi várólista alapján egészségügyi szolgáltatást nyújtó személy(ek) nevét."

16. § Az Ebtv. 32. §-ának (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

"(4) A támogatással történő rendelésre jogosító szerződés mellékletét képezi az orvos nyilatkozata arról, hogy

a) áll-e gyógyszer- vagy gyógyászati segédeszköz ismertető tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban gyógyszer- vagy gyógyászati segédeszköz gyártóval, forgalmazóval,

nagykereskedővel, vagy

b) rendelkezik-e a gyógyszer- vagy gyógyászati segédeszköz gyártó, forgalmazó, nagykereskedő korlátolt felelősségű társaságban, részvénytársaságban többségi befolyást biztosító tulajdoni hányaddal, vagy

c) tagja-e ilyen tevékenységet folytató közkereseti társaságnak, betéti társaságnak, illetve egyéni vállalkozóként folytatja-e a megjelölt tevékenységek valamelyikét."

17. § Az Ebtv. a következő 35/A. §-sal egészül ki:

"35/A. § A 18/A. § alapján beszedett vizitdíj és kórházi napidíj az egészségügyi szolgáltató Egészségbiztosítási Alapból történő támogatásának minősül."

18. § (1) Az Ebtv. 36. § (1)-(2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

"(1) Az egészségbiztosító ellenőrzi az egészségügyi szolgáltatás nyújtására kötött szerződés teljesítését.

(2) Az egészségbiztosító jogosult a szolgáltatásokhoz szükséges személyi és tárgyi feltételek vizsgálatára, a biztosított ellátására vonatkozó dokumentumokba és az elszámolás alapjául szolgáló nyilvántartásokba való betekintésre, a külön jogszabályban foglaltak szerint a biztosított vizsgálatára, a biztosított ellátása orvosszakmai indokoltságának felülvizsgálatára, valamint a (3) bekezdésben foglaltak ellenőrzésére."

(2) Az Ebtv. 36. §-ának (3) bekezdése a következő mondattal egészül ki:

"Az egészségbiztosító ellenőrzi, hogy az egészségügyi szolgáltató a vizitdíj és kórházi napidíj beszedésével kapcsolatos kötelezettségeit, valamint az elszámolási nyilatkozattal kapcsolatos kötelezettségeit teljesíti-e."

19. § (1) Az Ebtv. 37. §-a (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

"(1) Az egészségügyi szolgáltató megtéríti

a) az elszámolt ellátás finanszírozási összegét, ha az ellenőrzés során megállapítják, hogy

aa) a finanszírozási szerződésben nem szereplő ellátást,

ab) más forrásból megtérülő ellátást,

ac) el nem végzett ellátást,

ad) orvosszakmailag indokolatlanul vagy nem a hatályos jogszabályoknak megfelelően nyújtott ellátást

számolt el, vagy

ae) az egészségügyi szolgáltató vagy beutalásra jogosult orvosa nem a hatályos jogszabályoknak megfelelően járt el az egészségügyi szolgáltatások rendelésénél,

b) a kifizetett finanszírozási többletet, ha az ellenőrzés során megállapítják, hogy egy ellátást több vagy magasabb összegű finanszírozásra jogosító jogcímen számolt el.

Az a) pont ab) alpontjának alkalmazásakor az ellátásért az e törvény alapján beszedett vizitdíjat

és kórházi napidíjat nem kell figyelembe venni."

(2) Az Ebtv. 37. §-a a következő (12) bekezdéssel egészül ki:

"(12) Amennyiben a 36. § (3) bekezdés szerinti ellenőrzés során megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltató a kiállított elszámolási nyilatkozatot - önhibájából - a biztosítottnal nem íratta alá, akkor az adott ellátás után járó finanszírozási összegnek csak 90 százalékára jogosult. A teljes finanszírozási összeg korábbi kifizetése esetén annak 10 százalékát az egészségügyi szolgáltató visszatéríti. Amennyiben az ellenőrzés során megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltató - önhibájából - nem teljesítette a 18/A. § (15) bekezdésének b) pontja szerinti kötelezettségét, az egészségügyi szolgáltató a be nem szedett vizitdíjak, illetve kórházi napidíjak összegének megfelelő összeget megfizeti az egészségbiztosítottnak."
20. § (1) Az Ebtv. 38. § (1) bekezdésének felvezető mondata helyébe a következő rendelkezés lép:

"Gyógyszer támogatással történő kiszolgáltatásának, illetve gyógyászati segédeszköz támogatással történő forgalmazásának ellenőrzése során az egészségbiztosító vizsgálja"

(2) Az Ebtv. 38. § (1) bekezdése a következő e) ponttal egészül ki:

[Gyógyszer támogatással történő kiszolgáltatásának, illetve gyógyászati segédeszköz támogatással történő forgalmazásának ellenőrzése során az egészségbiztosító vizsgálja]

"e) az egyedi méretvétel alapján rendelésre készített gyógyászati segédeszköz hibás teljesítése esetén a szavatossági igény külön jogszabály szerinti érvényesítéséhez kapcsolódó adatokat."

(3) Az Ebtv. 38. §-ának (3) bekezdése a következő mondattal egészül ki:

"A visszatérítési kötelezettség a támogatás jogalap nélküli elszámolását követő 2 éven belül támogatás elszámolása során is érvényesíthető."

(4) Az Ebtv. 38. §-a a következő új (5) bekezdéssel egészül ki, egyidejűleg az eredeti (5)-(7) bekezdések számozása (6)-(8) bekezdésre változik:

"(5) Amennyiben az egészségbiztosító a megyei szakfőorvos közreműködésével végzett ellenőrzés során az egyedi méretvétel alapján rendelésre készített gyógyászati segédeszköz vonatkozásában olyan hibás teljesítést állapít meg, amely szavatossági igény érvényesítésével nem szüntethető meg, és a gyógyászati segédeszköz készítéséért elszámolt támogatás összege meghaladja a külön jogszabályban meghatározott mértéket, akkor a társadalombiztosítási támogatás elszámolására vonatkozó szerződést azonnali hatállyal fel kell mondani."

21. § Az Ebtv. 42. §-a (2) bekezdésének helyébe a következő rendelkezés lép:

"(2) A terhességi-gyermekágyi segély alapjául szolgáló jövedelem naptári napi átlagát a 48. § (1)-(3) bekezdésében foglaltak szerint kell megállapítani."

22. § Az Ebtv. 68/A. §-ának (3) bekezdése a következő mondattal egészül ki:

"Nem kell a kamatot megfizetni, ha az érintett az eljárásról való tudomásszerzésével egyidejűleg a felelősségét írásban elismeri, és nyilatkozatát a követelés teljes kiegyenlítéséig fenntartja."

23. § Az Ebtv. 72. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

"72. § (1) A magánszeméllyel szemben jogalap nélkül felvett, illetőleg igénybe vett ellátás visszatérítése, illetőleg megtérítése címen fennálló követelést az egészségbiztosító

méltányosságból mérsékelheti, elengedheti, vagy részletfizetést engedélyezhet.

(2) Az egészségbiztosító méltányosságból a kirótt kamatot, késedelmi pótlékot, illetve mulasztási bírságot mérsékelheti, elengedheti vagy részletfizetést engedélyezhet."

24. § Az Ebtv. a következő 75/A. §-sal és az azt megelőző alcímmel egészül ki:

"Illeték- és költségmentesség

75/A. § A Tbj.-ben meghatározott egészségbiztosítási ellátások (beleértve a méltányosságból igénybe vehető ellátásokat is) iránti igények érvényesítésével kapcsolatos eljárások illeték- és költségmentesek."

25. § Az Ebtv. a következő 79/A. §-sal egészül ki:

"79/A. § (1) Az egészségbiztosító az e törvény alapján kötött szerződésekhez kapcsolódóan az Eüak. 4. §-a (2) bekezdésének g) pontjában foglalt célok teljesítése érdekében kezeli az Eüak. 22. §-ának (5) bekezdésében meghatározott adatokat.

(2) Az egészségügyi szolgáltató az (1) bekezdésében meghatározott adatok kezelését, az egészségbiztosító felé történő továbbítását a külön jogszabályban és a szerződésében előírt formában és módon teljesíti.

(3) A nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosa és a pro familia jogcímen rendelésre jogosult orvos gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatással történő rendelése esetén a biztosított TAJ számát, diagnózisát és az annak alapján rendelt gyógyszer és gyógyászati segédeszköz megnevezését, mennyiségét, a rendelés jogcímét közli - a szerződésében meghatározott időpontig - az egészségbiztosítóval."

26. § (1) Az Ebtv. 83. §-a (2) bekezdésének e) és f) pontja helyébe a következő rendelkezések lépnek:

[Felhatalmazást kap a Kormány]

"e) a beutaló nélkül igénybe vehető szakellátások, a beutalásra jogosult orvosok körének és a beutalási rend,

f) a vizitdíj és a kórházi napidíj fizetésére és elszámolására, valamint a vizitdíj visszaigénylésére vonatkozó szabályoknak,"

[meghatározására.]

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

[Felhatalmazást kap a Kormány]

"r) az egészségbiztosítást érintő hatásköri és eljárási szabályok,"

[meghatározására.]

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

[Felhatalmazást kap a Kormány]

"zs) a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályainak"

[meghatározására.]

(4) Az Ebtv. 83. §-a (4) bekezdésének g) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[Felhatalmazást kap az egészségbiztosításért felelős miniszter, hogy rendeletben határozza meg]

"g) a várólistasorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeit, továbbá a várólista adatainak honlapon történő közzétételére vonatkozó szabályait"

(5) Az Ebtv. 83. §-a a következő (6) és (7) bekezdéssel egészül ki, egyidejűleg az eredeti (6) bekezdés számozása (8) bekezdésre változik:

"(6) Felhatalmazást kap a Kormány, hogy rendeletben állapítsa meg azoknak a tartós orvosi kezeléseknak a körét, amelyek részeként nyújtott ellátásért nem kell vizitdíjat fizetni.

(7) Felhatalmazást kap az egészségbiztosításért felelős miniszter, hogy rendeletben határozza meg a sürgős szükség körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokat."

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása

27. § Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 9. §-ának (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

"(2) A beteget a külön jogszabályban meghatározott esetben és módon kell várólistára helyezni. A várólista az adott egészségügyi ellátásra besorolt betegek legfontosabb személyazonosító adatait (családi és utónév, anyja neve, nem, születési év, lakóhely, társadalombiztosítási azonosító jel) és az ellátásra való jogosultság sorrendjét tartalmazza."

28. § Az Eütv. 13. §-a a következő (9) bekezdéssel egészül ki:

"(9) Az orvos a vizsgálatot megelőzően köteles a beteget - amennyiben állapota lehetővé teszi - arról tájékoztatni, hogy a vizsgálat és az azt követő ellátás térítési díját meg kell téríteni, ha a vizsgálat eredménye szerint sürgős szükség nem áll fenn és az ellátás költségének fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva."

29. § Az Eütv. 26. §-a a következő (3) bekezdéssel egészül ki:

"(3) A beteg köteles a jogszabály által előírt vagy a jogszabály alapján a szolgáltató által megállapított térítési díjat megfizetni."

30. § Az Eütv. 77. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

"77. § (1) A sürgős szükség gyanújával ellátásra jelentkező beteget az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszonytól függetlenül meg kell vizsgálni, és sürgős szükség fennállása esetén az egészségi állapota által indokolt ellátásban kell részesíteni.

(2) Az (1) bekezdés szerinti ellátás igénybevételének jogcímét a beteg vizsgálatát és ellátását követően kell megállapítani.

(3) Minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni."

31. § Az Eütv. 94. §-ának (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

"(4) Mentésnek minősül továbbá

- a) az orvos által rendelt azonnali, illetve sürgős (két órán belüli) betegszállítás, melyhez legalább szakápolói felügyelet kötelező,
- b) a sürgősségtől függetlenül mentési készenlétet igénylő őrzött szállítás,
- c) a más jogszabályokban meghatározott életmentő ténykedésekhez az azt végző orvos, illetve munkacsoport szállítása (pl. szervátültetés),
- d) életmentő orvosi eszköz és gyógyszer, valamint átültetésre kerülő szerv sürgős szállítása,
- e) a mozgóőrség (mentési készenlét biztosítása meghatározott helyen és ideig)."

32. § Az Eütv. 142. §-ának helyébe a következő rendelkezés lép:

"142. § (1) Az állam a (2)-(5) bekezdésben foglaltak figyelembevételével - az éves költségvetési törvényben meghatározott módon - a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében biztosítja a megfelelő szintű és minőségű egészségügyi ellátások működésének fedezetét.

(2) Az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül, az e törvényben és a külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével - az alapcsomag részeként - kell biztosítani a Magyar Köztársaság területén tartózkodó személy részére

- a) a járványügyi ellátások közül
 - aa) a kötelező védőoltást (kivéve a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltást),
 - ab) a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatot,
 - ac) a kötelező orvosi vizsgálatot,
 - ad) a járványügyi elkülönítést,
 - ae) a fertőző betegek szállítását,
- b) a mentést, amennyiben az adott személy a 94. § (2) bekezdése szerint azonnali ellátásra szorul,
- c) sürgős szükség esetén a külön jogszabályban meghatározott ellátásokat.

(3) Ha törvény kivételt nem tesz, az e törvényben foglalt ellátások és feladatok közül a központi költségvetésben kell biztosítani

- a) a (2) bekezdés a) pontjában meghatározott ellátások,
- b) a (2) bekezdés b) és c) pontjában meghatározott ellátások máshonnan meg nem térülő,
- c) a Magyarországon lakóhellyel rendelkező várandós és gyermekágyas anya részére a család- és nővédelmi gondozás keretében
 - ca) az egészségi állapotának védelmét és magzata egészséges fejlődésének ellenőrzését szolgáló szűrővizsgálatok,

- cb) a magzat egészséges fejlődését biztosító életmódról való tájékoztatás,
- cc) a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítés,
- d) az (5) bekezdésben meghatározott személy részére az állami érdekből végzett orvosi biológiai kutatások keretén belüli gyógyító célú eljárások alkalmazásával kapcsolatos ellátások,
- e) a Magyar Köztársaság területén tartózkodó személy elhalálozását követően a halottvizsgálat, illetve a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal összefüggő ellátások,
- f) a vérellátás megszervezése, valamint a vér rendelkezésre állása,
- g) a 35-36. §-ban foglalt népegészségügyi feladatok,
- h) az elsődleges megelőzést szolgáló népegészségügyi feladatok közül a g) pontban foglaltakon túl az egészség fejlesztése, az egészségnevelés szervezése, a családtervezési tanácsadás,
- i) a katasztrófa-egészségügyi ellátás,
- j) a Magyarországon lakóhellyel rendelkező személy részére nyújtott, a 196. § b) és c) pontja szerinti sürgősségi és kötelező gyógykezelés máshonnan meg nem térülő,
- k) az egészségügyi szakképzésre és kötelező továbbképzésre vonatkozó állami támogatás,
- l) az e törvény alapján az államot terhelő kártalanítási kötelezettségek teljesítése,
- m) az e törvény alapján az államot terhelő megtérítési kötelezettségek teljesítése [70. §], valamint
- n) a külön törvényben vagy törvényi felhatalmazás alapján kormányrendeletben meghatározott feladatok költségének fedezetét.

(4) Az Egészségbiztosítási Alap költségvetésén keresztül kerül biztosításra a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvényben (a továbbiakban: Ebtv.) meghatározott egészségbiztosítási ellátások fedezete.

(5) A (3) bekezdés d) pontja szerinti ellátásra - a központi költségvetés terhére - a Magyarországon lakó-, illetve tartózkodási hellyel rendelkező magyar állampolgár és a vele biztosítási jogviszony tekintetében egy elbírálás alá eső, továbbá nemzetközi szerződés alapján az ellátásra jogosult nem magyar állampolgár jogosult. Ha jogszabály másként nem rendelkezik, az egészségügyi ellátás finanszírozása tekintetében e törvény rendelkezéseit kell alkalmazni magyar állampolgár külföldön végzett szervtranszplantációjára is.

(6) Az az egészségügyi szolgáltatás, amely költségének fedezete e törvény és az Ebtv. alapján a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva, az egészségügyi szolgáltató által - külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével - meghatározott térítési díj ellenében vehető igénybe."

33. § Az Eütv. 149/A. §-ának (3) bekezdése a következő g) ponttal egészül ki:

[A RET feladatai:]

"g) véleményezi a területi beutalási szabályokkal kapcsolatos jogszabályokat és kezdeményezheti az egészségügyért felelős miniszternél a területi beutalási szabályok felülvizsgálatát, amennyiben az az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést veszélyezteti."

34. § Az Eütv. 149/B. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

"149/B. § (1) A RET tagja

a) az adott régió megyéinek egy-egy képviselője, továbbá a Közép-magyarországi régióban a főváros egy képviselője,

b) azon minisztériumok egy közös képviselője, amelyek fenntartói valamely, a régió területén működő egészségügyi szolgáltatónak,

c) a régióban található azon megyei jogú városok egy képviselője, amelyek fenntartói a régióban működő közfinanszírozott gyógyintézetnek és a fenntartó nincs képviselve az a) pont alapján,

d) a régióban található kistérségek megyénként egy képviselője, továbbá a Közép-magyarországi régióban a fővárosi kerületek egy közös képviselője,

e) a régióban működő egyetemi centrumot és klinikát működtető egyetem képviselője,

f) azon egyházak egy közös képviselője, amelyek fenntartói valamely, a régió területén működő egészségügyi szolgáltatónak,

g) az a)-c) és e) pontban foglaltak alapján nem képviselt fekvőbeteg-szakellátást nyújtó, közfinanszírozásban részesülő egészségügyi szolgáltatók fenntartóinak megyénként egy képviselője,

h) az a)-g) pontban foglaltak alapján nem képviselt - a régióban működő - egészségügyi szolgáltatók fenntartói közül azoknak az egy közös képviselője, akik gyógyintézetnek minősülnek és közfinanszírozásban részesülnek,

i) az a)-g) pontban foglaltak alapján nem képviselt - a régióban működő - egészségügyi szolgáltatók fenntartói közül azoknak az egy közös képviselője, akik gyógyintézetnek minősülnek és közfinanszírozásban nem részesülnek,

j) az a)-g) pontban foglaltak alapján nem képviselt - a régióban működő - egészségügyi szolgáltatók fenntartói közül azoknak a megyénként egy közös képviselője, akik kizárólag alapellátást nyújtanak és közfinanszírozásban részesülnek.

(2) A RET ülésein tanácskozási joggal részt vehet:

a) az egészségügyi ágazat képviseletében az egészségügyért felelős miniszter által kijelölt személy,

b) a régió területén működő egészségügyi államigazgatási szervek egy közös képviselője,

c) a régió területén működő egészségbiztosítási szervek egy közös képviselője,

d) a Regionális Fejlesztési Tanács képviselője,

e) a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány képviselője."

35. § Az Eütv. a következő 164/A. §-sal egészül ki:

"164/A. § (1) A külön jogszabály szerinti beavatkozással nem járó vizsgálat a 157. és 158. §, a 159. § (2) bekezdése, a 161. § (1) és (2) bekezdése, a 162. és 163. §, továbbá a 164. § (1) bekezdése és a külön jogszabály rendelkezései alapján végezhető. Utólagos, beavatkozással nem járó (retrospektív) vizsgálat esetén a kutatási alany tájékoztatására és a vizsgálatba való

beleegyezésére vonatkozóan az egészségügyért felelős miniszter eltérő szabályokat határozhat meg.

(2) A külön jogszabály szerinti beavatkozással nem járó vizsgálat esetében a szakmai-etikai engedélyt a külön jogszabály szerinti kutatás-etikai bizottság a kérelem benyújtását követő negyvenöt napon belül adja meg."

36. § Az Eütv. 187. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

"187. § (1) A nemző-, illetőleg fogamzóképességet megakadályozó művi meddővé tétel az érintett nő vagy férfi írásbeli kérelme alapján

a) tizennyolcadik életévét betöltött cselekvőképes és korlátozottan cselekvőképes,

b) a (7) bekezdésben foglalt feltételek teljesülése esetén tizennyolcadik életévét be nem töltött korlátozottan cselekvőképes, valamint

c) a 187/B. § szerinti esetben a cselekvőképtelen

személlyél végezhető el.

(2) A művi meddővé tétel elvégzése iránti kérelem benyújtásakor az egészségügyi szolgáltató kijelölt orvosa a kérelmezőt szóban és írásban tájékoztatja a fogamzásgátlás - általa, illetve partnere által alkalmazható - egyéb lehetőségeiről, a beavatkozás jellegéről, lehetséges kockázatairól és következményeiről, a fogamzó-, illetve nemzőképesség helyreállításának esélyéről.

(3) A művi meddővé tétel elvégzése iránti kérelem benyújtásakor az egészségügyi szolgáltató tájékoztatja továbbá a kérelmezőt arról, hogy amennyiben a kérelmező a művi meddővé tételre irányuló beavatkozás igénybevitelére vonatkozó szándékát fenntartja - a (4) bekezdésben foglaltak kivételével -, a tájékoztatást követő hat hónap elteltével az egészségügyi szolgáltatónál történő ismételt megjelenése szükséges. Ha a kérelmező e tájékoztatást követő hat hónap elteltével az egészségügyi szolgáltatónál megjelenik és nyilatkozik arról, hogy a művi meddővé tétel elvégzése iránti kérelmét fenntartja, a beavatkozás elvégzésére az ettől az időponttól számított hat hónap elteltével kerülhet sor, kivéve, ha a kérelem fenntartásáról szóló nyilatkozat megtételét követően a beavatkozás során kívüli elvégzését szülészeti vagy más műtéti esemény lehetővé teszi.

(4) A (3) bekezdésben foglalt rendelkezéseket a huszonhatodik életévét betöltött kérelmező tekintetében úgy kell alkalmazni, hogy a kérelmezőnek a tájékoztatást követő három hónap elteltével kell ismételt megjelennie az egészségügyi szolgáltatónál, és a megjelenését követő három hónap elteltével kerülhet sor a beavatkozás elvégzésére.

(5) Amennyiben a beavatkozás korlátozottan cselekvőképes, illetőleg cselekvőképtelen személy művi meddővé tételére irányul, a (2)-(4) bekezdés szerinti tájékoztatás a korlátozottan cselekvőképes, illetőleg cselekvőképtelen személy számára a cselekvőképességet korlátozó, illetve kizáró ok jellegének figyelembevételével, az érintett személy által értelmezhető módon történik.

(6) A művi meddővé tétel iránti kérelmet közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban kell előterjeszteni.

(7) Egészségügyi indokból kerül sor a beavatkozás elvégzésére akkor, ha szakorvos véleménye alapján

a) a terhesség a nő életét, testi épségét, egészségét közvetlenül veszélyeztetné, vagy a terhességből születendő gyermek orvosiilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékoságban

szenvedne, és

b) más fogamzásgátlási módszer alkalmazása nem lehetséges vagy egészségügyi okból nem javasolható.

(8) A (7) bekezdés szerinti egészségügyi indokból végzett beavatkozás esetén a (2)-(5) bekezdés rendelkezéseit nem kell alkalmazni."

37. § Az Eütv. a következő új 187/A. és 187/B. §-sal egészül ki:

"187/A. § (1) Korlátozottan cselekvőképes személy kérelmező művi meddővé tétel elvégzése iránti kérelmének érvényességéhez a gyámhatóság hozzájárulása és

a) törvényes képviselője vagy

b) a korlátozottan cselekvőképes személy által cselekvőképesként a 16. § (1) bekezdésének a) pontja alapján megnevezett személy

hozzájárulása szükséges.

(2) A gyámhatóság a hozzájárulás megadása előtt vizsgálja, hogy a korlátozottan cselekvőképes személy kérelme akaratával egyező-e, így különösen azt, hogy a korlátozottan cselekvőképes személy és törvényes képviselője között fennáll-e érdekellentét, továbbá azt, hogy a korlátozottan cselekvőképes személy tisztában van-e a döntése következményeivel.

(3) Ha a korlátozottan cselekvőképes személy kérelme ellenére a törvényes képviselő vagy a gyámhatóság a beavatkozás elvégzéséhez nem járul hozzá, a kérelmező a Fővárosi Bíróságnál keresetet indíthat a jognyilatkozat vagy a jognyilatkozatok pótlása iránt.

(4) A bíróság a kérelemről nemperes eljárásban, a kérelmező és a törvényes képviselő, illetve a gyámhatóság meghallgatását követően, harminc napon belül határoz. A bíróság a jognyilatkozatot abban az esetben pótolja, ha a művi meddővé tétel elvégzése a kérelmező érdekét - figyelembe véve különösen a kérelmező egészségügyi, személyi és családi körülményeit - nem sérti.

(5) A bíróság határozata ellen annak közlésétől számított tizenöt napon belül terjeszthető elő fellebbezés. A határozat ellen felülvizsgálatnak nincs helye.

(6) Ha a korlátozottan cselekvőképes személy művi meddővé tételére irányuló kérelem érvényességéhez szükséges jognyilatkozatot a bíróság pótolja, a 187. § (3) és (4) bekezdése szerinti várakozási idő a bíróság határozatának jogerőre emelkedésétől kezdődik.

(7) Amennyiben az (1) bekezdés szerinti kérelmet az (1) bekezdés a) pontjában meghatározott személy nyújtja be, úgy annak érvényességéhez a korlátozottan cselekvőképes személy egyetértése szükséges.

(8) Amennyiben a korlátozottan cselekvőképes személy egészségügyi okból kéri a művi meddővé tétel elvégzését, az (1)-(6) bekezdésben foglalt rendelkezéseket nem kell alkalmazni, az (1) bekezdés a)-b) pontjában megjelölt személyeket azonban a beavatkozás elvégzéséről, és annak indokairól a beavatkozás megkezdését megelőzően tájékoztatni kell. A tájékoztatás megtörténtéig a beavatkozás nem végezhető el.

187/B. § (1) Cselekvőképtelen személy művi meddővé tételére irányuló beavatkozás kizárólag jogerős bírósági határozat alapján, a fogamzóképesesség elérését követően végezhető el.

(2) A cselekvőképtelen személy művi meddővé tételének engedélyezése iránt az érintett személy törvényes képviselője - tizennyolcadik életévét be nem töltött cselekvőképtelen személy

esetében a gyámhatósággal együttesen - indíthat keresetet a Fővárosi Bíróságnál.

(3) A bíróság a kérelemről nemperes eljárásban a cselekvőképtelen személy, a törvényes képviselő, valamint a gyámhatóság meghallgatását követően, harminc napon belül határoz.

(4) A bíróság a cselekvőképtelen személy művi meddővé tételére irányuló beavatkozás elvégzését akkor engedélyezi, ha más fogamzásgátlási módszer alkalmazása nem lehetséges vagy egészségügyi okból nem javasolható, és

a) a cselekvőképtelen személy gyermek felnevelésére nem képes, és a beavatkozás elvégzése a cselekvőképtelen személy akaratával megegyezik,

b) a terhességből születendő gyermek orvosilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékoságban szenvedne, és a beavatkozás elvégzése a cselekvőképtelen személy akaratával nem ellenkezik, vagy

c) a bekövetkező terhesség a nő életét, testi épségét, egészségét közvetlenül veszélyeztetné.

(5) A bíróság határozata ellen annak közlésétől számított tizenöt napon belül terjeszthető elő fellebbezés. A határozat ellen felülvizsgálatnak nincs helye."

38. § Az Eütv. a következő 201/A. §-sal egészül ki:

"201/A. § (1) A 196. § b) és c) pontja szerinti sürgősségi vagy kötelező gyógykezelés szükségességének esetén a beteget az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszonytól függetlenül meg kell vizsgálni és gyógykezelésben kell részesíteni.

(2) Az (1) bekezdés szerinti vizsgálat és gyógykezelés igénybevételének jogcímét a beteg vizsgálatát és gyógykezelését követően kell megállapítani.

(3) Minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni."

39. § Az Eütv. 207. §-a (2) bekezdésének második mondata helyébe a következő rendelkezés lép:

"E költségeket az Egészségbiztosítási Alap kezeléséért felelős szerv fizeti ki, melynek a költségvetés azt megtéríti."

A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény módosítása

40. § A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény 2. §-ának (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

"(3) A biztosítottak egyes társadalombiztosítási ellátások igénybevételére való jogosultságát a társadalombiztosításban való részvételi kötelezettségük, illetve - törvényben meghatározott ellátások kivételével - társadalombiztosítási járulékfizetési kötelezettségük, valamint a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvényben meghatározott díjfizetési kötelezettségük teljesítése alapozza meg. A pénzbeli társadalombiztosítási ellátások - ha törvény kivételt nem tesz - a biztosított járulékfizetésének alapjául szolgáló jövedelmével arányosak."

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény módosítása

41. § A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) 50. §-ának (2) bekezdése a következő mondattal egészül ki:

"A rendszeres gyógyító ellátás költségének számításánál az Eb. 18/A. §-a alapján fizetendő vizitdíjat és az Eb. 23. §-ának b), d) és e) pontja alapján fizetendő térítési díjat nem kell figyelembe venni."

Az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény módosítása

42. § (1) Az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény (a továbbiakban: Öpt.) 10. §-a (1) bekezdésének b) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[A pénztár az általa gyűjtött és kezelt befizetésekből az alapszabályban meghatározott feltételek szerint az alábbi szolgáltatásokat nyújthatja:]

"b) szociális kockázat bekövetkezte esetén, jogszabály által előírt szociális kötelezettségek alapján biztosított kiegészítő ellátás, valamint a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz árának támogatása és az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során külön jogszabály alapján fizetendő vizitdíjhoz, illetve kórházi napidíjhoz való hozzájárulás (önsegélyező pénztár);"

(2) Az Öpt. 10. §-ának (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

"(2) A nyugdíjpénztár kizárólag nyugdíjnyújtást nyújthat, az önsegélyező pénztár kizárólag önsegélyező feladatokat láthat el. Az egészségpénztár elláthatja az (1) bekezdés b) pontjában felsoroltak közül a gyógyszer és gyógyászati segédeszközök árának támogatását, az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során külön jogszabály alapján fizetendő vizitdíjhoz, illetve kórházi napidíjhoz való hozzájárulást, a pénztártag betegség miatti keresőképtelensége esetén a kieső jövedelmének teljes vagy részbeni pótlását, valamint a pénztártag halála esetén a hátramaradottak támogatását (a továbbiakban: egészségügyi célú önsegélyező feladat) is. Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során külön jogszabály alapján fizetendő vizitdíjhoz, illetve kórházi napidíjhoz való hozzájárulás, valamint az orvosi javaslatra igénybe vett prevenciók szolgáltatások, mint a szakorvos által végzett egészségügyi állapotfelmérő szűrővizsgálatok, a gyógyszertárakban forgalmazott gyógyszerészeti államigazgatási szerv által minősített termékek finanszírozása kiegészítő egészségbiztosítási szolgáltatásnak minősül."

Záró rendelkezések

43. § (1) Ez a törvény - a (2)-(4) bekezdésben foglalt kivétellel - 2007. január 1-jén lép hatályba.

(2) A 7. §, 17. § és a 19. § (1) bekezdése 2007. február 15-én, a 34. § 2007. május 1-jén lép hatályba.

(3) E törvény 36. és 37. §-a a kihirdetését követő napon lép hatályba azzal, hogy ezen §-ok rendelkezéseit a folyamatban levő ügyekben is alkalmazni kell.

(4) Az Ebtv. 18. §-ának e törvény 6. §-ával megállapított (8) és (9) bekezdése 2008. január 1-jén lép hatályba.

(5) 2007. május 1-jétől valamennyi egészségügyi régióban az Eütv. e törvény 34. §-ával megállapított 149/B. §-ában foglaltaknak megfelelő regionális egészségügyi tanácsnak kell működnie, ezt követően más szervezetek a regionális egészségügyi tanács elnevezést nem használhatják. Amennyiben 2007. május 1-jéig a RET Eütv. 149/B. § (1) bekezdése szerinti tagjainak valamelyike nem delegálja képviselőjét, a RET ezen tag képviselője nélkül kezdi meg működését, azzal, hogy a szavazatok számításánál a hiányzó tagot figyelmen kívül kell hagyni.

(6) A (3) bekezdés szerinti hatálybalépést megelőzően, de 2006. június 30-át követően benyújtott kérelmek esetében az e törvény szerinti, a beavatkozás elvégzését megelőző

kötelező várakozási idő időtartamába a kérelem benyújtását követő, a (3) bekezdés szerinti hatálybalépéséig eltelt időtartam beszámítandó.

(7) A 18. §-ban és a 19. § (2) bekezdésében a vizitdíjjal és a kórházi napidíjjal kapcsolatban megállapított rendelkezéseket 2007. február 15-ét követően kell alkalmazni.

(8) Az Öpt. e törvénnyel megállapított 10. § (1) bekezdésének b) pontját a pénztáraknak 2007. május 31-ét követően kell kötelezően alkalmazniuk. Amennyiben a pénztár e rendelkezéseket nem alkalmazza, annak tekintetében a 2006. december 31-én hatályos szabályok az irányadók.

(9) Az Ebtv. 23. §-ának az e törvény 11. §-ának (1) bekezdésével megállapított b) pontját 2007. június 30-áig nem kell alkalmazni abban az esetben, ha a biztosított az e törvény hatálybalépését megelőzően igénybe vett ellátáshoz kapcsolódó további ellátást az egészségügyi szolgáltató ugyanazon orvosánál veszi igénybe.

(10) Az Eütv. e törvény 39. §-ával módosított 207. §-ának (2) bekezdésében foglaltakat az e törvény hatálybalépésekor már benyújtott kérelmek vonatkozásában is alkalmazni kell.

(11) E törvény hatálybalépésével egyidejűleg hatályát veszti

a) az Ebtv.

aa) 26. §-a (1) bekezdésének d) pontja, 61. §-ának (9) bekezdése és 62. §-ának (3) bekezdése,

ab) 22. §-ának (4) bekezdésében az "ellátását biztosító gyógypedagógiai intézmény," és az "és a fogyatékos gyermekek rehabilitációs célú szolgáltatását biztosító intézmény" szövegrész,

ac) 75. §-a és az azt megelőző alcím,

ad) 76. § (1) bekezdésének második mondata,

b) az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény módosításáról szóló 1996. évi XV. törvény 4. §-a,

c) az egyes pénzügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2006. évi LXI. törvény 252. §-ának (3) bekezdésében a "10. § (1) bekezdésének b) pontját," szövegrész,

d) az Eütv. 9. §-ának (4) és (5) bekezdése, valamint a 247. §-a (2) bekezdésének a) pontja,

e) az egyes szociális és egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2004. évi XXVI. törvény 46. §-a,

f) 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 szóló 2005. évi CLXXXII. törvény 3. §-a, valamint 19. §-a (6) bekezdésének af) pontja,

g) a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény módosításáról szóló 1998. évi LXVIII. törvény 9. §-ának (1) bekezdése,

h) az adókra, járulékokra és egyéb költségvetési befizetésekre vonatkozó egyes törvények módosításáról szóló 2000. évi CXIII. törvény 233. §-a,

i) a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és egyéb, az egészségüggyel összefüggő törvények módosításáról szóló 2005. évi XLIX. törvény 19. §-a,

j) az egészségügyet, a gyógyszerellátást, a szociális ellátást érintő egyes törvények jogharmonizációs célú, valamint a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény, továbbá a társadalombiztosítási járulékfizetéssel és az egészségügyi hozzájárulással kapcsolatos törvények módosításáról szóló 2001. évi LXX. törvény 22. §-a,

k) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosításáról szóló 1999. évi LXXI. törvény 7., 11. és 15. §-a,

l) egyes, az egészségügyet és a társadalombiztosítást érintő törvények módosításáról szóló 2002. évi LVIII. törvény 11. §-a,

m) az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény 54. §-ának (2) bekezdése.

(12) 2007. május 1-jén hatályát veszti az Eütv. 149/E. §-a.

(13) Az egyes pénzügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2006. évi LXI. törvény (a továbbiakban: Ept.) 170. §-a nem lép hatályba.

(14) E törvény hatálybalépésével egyidejűleg az Ebtv. 5. §-ában az "egészségbiztosítási feladatokat ellátó igazgatási szerv" szövegrész helyébe az "egészségbiztosító" szöveg, 5/A. §-ában és 81. § (1) bekezdésében az "egészségbiztosítás igazgatási szerveinek" szövegrész helyébe az "egészségbiztosító" szöveg, 9. §-ában az "a megyei, fővárosi egészségbiztosítási pénztárral (a továbbiakban: MEP)" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosítóval" szöveg, 27. § (1) és (2), valamint (6) és (11) bekezdésében, 30. § (2) bekezdésében, 32. § (1) bekezdésében, 38. § (4) bekezdésében az "a MEP" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító" szöveg, 25. §-ának (5) bekezdésében a "23. § a), c)-e), valamint" szövegrész helyébe a "23. § a), c), e) és k), valamint" szöveg, 26. §-a - e törvény 14. §-ával átszámozott - (3) bekezdésének a) pontjában a "23. § d)-g) és j)" szövegrész helyébe a "23. § b), d)-g) és j)" szöveg, 30. § (1) és (3) bekezdésében, valamint 32. § (5) és (6) bekezdésében az "A MEP" szövegrész helyébe az "Az egészségbiztosító" szöveg, 21. § (1) bekezdésének b) és e) pontjában, valamint 22. § (3) bekezdésében az "a MEP-pel" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosítóval" szöveg, 26. § (1) bekezdésében az "Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP)" szövegrész helyébe az "Az egészségbiztosító" szöveg, 27. § (5) és (11) bekezdésében az "illetékes MEP" szövegrész helyébe az "egészségbiztosító" szöveg, 27. § (7) bekezdésében az "az illetékes MEP-től" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosítótól" szöveg, 27. § (10) bekezdésében, 35. § (4) és (5), valamint (7) bekezdésében, 38/C. § (2) bekezdésében, valamint (3) bekezdés b) és f) pontjában, (4) bekezdésében, (5) bekezdés c) pontjában az "az OEP" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító" szöveg, 30/A. §-ában, 50. § (2) bekezdésében az "Az OEP" szövegrész helyébe az "Az egészségbiztosító" szöveg, 29. § (5) bekezdésében az "a jogosult lakóhelye szerint illetékes MEP-nél" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosítónál" szöveg, 29. § (6) bekezdésében az "a jogosult lakóhelye szerint illetékes MEP-hez" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosítóhoz" szöveg, 31. § (7) bekezdésében az "a MEP-nek" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosítónak" szöveg, 36. § (4), (6) és (9) bekezdésében, valamint 38/B. § (1) és (2) bekezdésében az "Az OEP, illetve a MEP" szövegrész helyébe az "Az egészségbiztosító" szöveg, 36. § (8) bekezdésében, 38/A. §-ában és 38/B. §-ának (3)-(5) bekezdésében az "az OEP, illetve a MEP" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító" szöveg, 38. §-ának - e törvény 20. §-ának (4) bekezdésével átszámozott - (6) bekezdésében az "az OEP és a MEP" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító" szöveg, 36. § (7) bekezdésében az "az OEP-nél, illetve a MEP-nél" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosítónál" szöveg, 36. §-ának (3) bekezdésében az "Az OEP, illetve a MEP az ellenőrző hálózatának szakemberei útján" szövegrész helyébe az "Az egészségbiztosító" szöveg, 38. §-ának (2) bekezdésében az "az ellenőrző hálózat munkatársai" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító" szöveg, a "vizsgálják" szövegrész helyébe "vizsgálja" szöveg, 38/C. § (3) bekezdés d) pontjában az "az OEP-től" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosítótól" szöveg, 45. § (4) bekezdésében az "a külön jogszabály szerinti Főorvosi Bizottság" szövegrész helyébe az "az orvosszakértői szerv" szöveg, 62. § (2) bekezdés c) pontjában az "a foglalkoztató székhelye, telephelye szerint illetékes egészségbiztosítási pénztár" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító" szöveg,

62. § (5) és (6) bekezdésében az "a)-b) pontjaiban" szövegrész helyébe az "a) pontjában" szöveg, 63. § (1) bekezdésében az "a Tbj. 5. §-ának (1) bekezdésében említett jogviszony létesítő munkáltató székhelye szerint illetékes MEP-nél" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosítónál" szöveg, 64. § (2) bekezdésében, 71. § (3) bekezdésében az "az egészségbiztosítási szerv" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító" szöveg, 68/A. §-ának (4) bekezdésében az "ügyben eljáró egészségbiztosítási szerv" szövegrészek helyébe az "egészségbiztosító" szöveg, az "eljáró egészségbiztosítási szerv" szövegrész helyébe az "egészségbiztosító" szöveg, 80. §-ának (2) bekezdésében az "Az egészségbiztosítási szerv" szövegrész helyébe az "Az egészségbiztosító" szöveg, 65. § (2) bekezdésében az "a lakóhely szerint illetékes MEP, vasutas dolgozók esetén a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító, vasutas dolgozók esetén a vasutas egészségbiztosítási szerv" szöveg, 65. § (3) bekezdésében az "Országos Egészségbiztosítási Pénztár Országos Orvosszakértői Intézetének (a továbbiakban: OOSZI)" szövegrész helyébe az "orvosszakértői szerv" szöveg, 65. § (4) bekezdésében az "az igénylő lakóhelye szerint illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatóságnál - vasutas dolgozók esetében a MÁV Rt. Nyugdíjigazgatóságánál -" szövegrész helyébe az "a nyugdíj-megállapító szervnél - vasutas dolgozók esetében a vasutas nyugdíj-megállapító szervnél -" szöveg, 69. §-ában az "az illetékes egészségbiztosítási szerv" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító" szöveg, 70. § (1) bekezdésében az "egészségbiztosítási igazgatási szerv" szövegrész helyébe az "egészségbiztosító" szöveg, 70. § (3) bekezdésében az "a foglalkoztató vagy egyéb szerv székhelye (telephelye) szerint illetékes MEP, illetőleg a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító, vagy a vasutas egészségbiztosítási szerv" szöveg, az "illetékes a visszafizetésre" szövegrész helyébe a "rendelkezik hatáskörrel a visszafizetésre" szöveg, 70. § (4) bekezdésében az "a foglalkoztató székhelye szerint illetékes MEP, illetőleg a Vasutas Társadalombiztosítási Igazgatóság" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító, vagy a vasutas egészségbiztosítási szerv" szöveg, 70. § (5) bekezdésében az "az ellátásban részesült személy lakóhelye szerint illetékes MEP" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító" szöveg, 71. § (3) bekezdésében az "egészségbiztosítási igazgatási szerv" szövegrész helyébe az "egészségbiztosító" szöveg, 73. §-ában az "az illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatási szervek látják el" szövegrész helyébe az "a nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv látja el" szöveg, 76. §-ának (1) bekezdésében az "az érdemi másodfokú" szövegrész helyébe az "a jogerős" szöveg, 77. § (1) bekezdésében az "a külön jogszabályba foglalt orvosi bizottsághoz" szövegrész helyébe az "az orvosszakértői szervhez" szöveg, 79. § (1) bekezdésében az "Az OEP és igazgatási szervei" szövegrész helyébe az "Az egészségbiztosító" szöveg, a "társadalombiztosítás szerveinek" szövegrész helyébe a "társadalombiztosítási feladatot ellátó szervek" szöveg, a "tarthatnak" szövegrész helyébe a "tarthat" szöveg, 79. § (3) bekezdésében az "Az egészségbiztosítás igazgatási szervei nem társadalombiztosítási szerv" szövegrész helyébe az "Az egészségbiztosító nem társadalombiztosítási feladatokat ellátó szerv" szöveg, a "szolgáltathatnak" szövegrész helyébe a "szolgáltathat" szöveg, 80. § (1) bekezdésében az "az egészségbiztosítási igazgatási szervek" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító" szöveg, 80. § (3) bekezdésében az "az egészségbiztosítási szervnek" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosítónak" szöveg, 81. § (1) bekezdésében a "társadalombiztosítási szervek" szövegrész helyébe a "társadalombiztosítási feladatokat ellátó szervek" szöveg, 82. § (2) bekezdésében "az Országos Egészségbiztosítási Pénztár" szövegrész helyébe az "az egészségbiztosító" szöveg lép.

(15) E törvény hatálybalépésével egyidejűleg az Ebtv.

a) 2. §-ának (2) bekezdésében "az egészségbiztosítási" szövegrész helyébe az "a pénzügyi egészségbiztosítási" szövegrész,

b) 10. §-a (1) bekezdésének da) alpontjában és (4) bekezdésében, 16. §-a (1) bekezdésének b) pontjában, 23. §-ának i) pontjában, 27. §-ának (8) és (9) bekezdésében, 83. §-ának (3) és (4) bekezdésében az "egészségügyi miniszter" szövegrész helyébe az "egészségbiztosításért felelős miniszter" szöveg, 83. § (3) bekezdésében az "a pénzügyminiszterrel" szövegrész helyébe az "az államháztartásért felelős miniszterrel" szöveg,

c) 10. §-a (1) bekezdése d) pontjának db) alpontjában a "munkaköri alkalmasság megállapítására irányuló vizsgálatokat," szövegrész helyébe a "munkaköri alkalmasság megállapítására irányuló vizsgálatokat és az ahhoz szükséges további járóbeteg-

szakellátásokat," szövegrész,

d) 50. §-ának (1) bekezdésében "Az OEP - az E. Alap éves költségvetésében meghatározott keretek között -" szövegrész helyébe az "Az egészségbiztosító" szövegrész,

e) 79. §-ának (1) bekezdésében az "egészségbiztosítási ellátások" szövegrész helyébe az "egészségbiztosítás pénzügyi ellátásai" szövegrész

lép.

(16) Az Ebtv. 81. §-ának (1) bekezdése a "nyilvántartásokat," kifejezést követően az "egészségügyi szolgáltatói jelentéseket," szövegrésszel egészül ki.

(17) Az Ept. 169. §-a (2) bekezdésének az Öpt. 2. §-a

a) (6) bekezdésének cj) alpontját megállapító része az "- a hátramaradottak segélyezése halál esetén;" szövegrészt követően az "- az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során külön jogszabály alapján fizetendő vizitdíjhoz, illetve kórházi napidíjhoz való hozzájárulás;" szövegrésszel,

b) (7) bekezdését megállapító része a cg) alpontot követően a "ch) az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során külön jogszabály alapján fizetendő vizitdíjhoz, illetve kórházi napidíjhoz való hozzájárulás;" szövegrésszel

egészül ki.