

Módszertani megjegyzések, fogalmak, definíciók

Az egészségügyi szolgáltatások körét a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv. (továbbiakban Ebtv.) és a végrehajtásáról rendelkező 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet tartalmazza.

A fejezetben a finanszírozási szerződést kötött szolgáltatók adatai szerepelnek.

Finanszírozási szerződés: az egészségügyi szolgáltatásra a finanszírozó (OEP, REP) és a szolgáltató között létrejött szerződés.

Az egy finanszírozott szolgáltatóra (szolgálatra, állomásra) vonatkozó mutatók meghatározásánál, azok havi átlagos számával számoltunk.

Főkönyvi adat: az adott naptári évben január 1-jétől december 31-ig pénzügyileg elszámolt kiadás. A 6.1. fejezet főkönyvi adatokat tartalmaz.

A 6.2. – 6.10. fejezetek a finanszírozási szerződést kötött szolgáltatók adatait tartalmazzák a január 1-jétől december 31-ig terjedő időszak teljesítményére és finanszírozására vonatkozóan.

Háziorvosi ellátás

Adatforrás: háziorvosi szolgálatok havonkénti változás-jelentése és eseti ellátások jelentése, melyeket a REP-ek részére továbbítanak.

Területi ellátást vállaló szolgálat: a hozzá bejelentkezett személyekkel azonos ellátásban kell részesítenie a körzetében lakó és más orvost választó jogosultakat is, ha azok a választott orvosukat felkeresni nem tudják.

Vegyés ellátás: felnőtt és gyermek lakosság ellátására szervezett szolgálat.

Alapellátási vállalkozás-támogatási átalánydíj: a háziorvos, házi gyermekorvos és fogorvos alapellátási vállalkozások támogatásáról szóló 229/2001. (XII. 5.) Korm. rendelet, amely lehetővé tette a szolgáltatók részére történő eszköz és ingatlan támogatás biztosítását, 2006. január 1-jétől hatályát veszítette – 329/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet – úgy, hogy az érvényben és hatályban lévő szerződésekre továbbiakban is alkalmazni kell a rendeletben foglaltakat.

Fogászati ellátás

Adatforrás: a fogászati ellátást végző szolgáltatók által a REP-ek részére továbbított teljesítmény adatok.

2004-ig az adatok tartalmazzák a tárgyévet követő 4. hónapig, 2005-től a tárgyév végéig eszközölt korrekciókat (adathiány vagy hibás jelentés miatti pótlólagos elszámolás, adatjavítás, technikai okokból feldolgozatlan adat pótlása, ellenőrzés utáni korrekció), a megfelelő vonatkozási hónapra visszavezetve.

Esetszám: egy megjelenési esetnek számít egy betegnek egy napon belüli megjelenése a fogászati rendelésen, függetlenül attól, hogy hány szolgáltatást végeztek részére.

Beavatkozásszám: egy megjelenés során a beteg részére végzett szolgáltatás(ok) száma.

Alapellátási vállalkozás-támogatási átalánydíj: a háziorvos, házi gyermekorvos és fogorvos alapellátási vállalkozások támogatásáról szóló 229/2001. (XII. 5.) Korm. rendelet, amely lehetővé tette a szolgáltatók részére történő eszköz és ingatlan támogatás biztosítását, 2006. január 1-jétől hatályát veszítette – 329/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet – úgy, hogy az érvényben és hatályban lévő szerződésekre továbbiakban is alkalmazni kell a rendeletben foglaltakat.

Járóbeteg-szakellátás

Adatforrás: a járóbeteg szakrendelések és a szakambulanciák adatai, valamint a 2000. évtől a foglalkozás-egészségügyi szakellátást nyújtó rendelési helyek és az ÁNTSZ regionális intézeteinek a járóbeteg-szakellátás keretében végzett mikrobiológiai vizsgálatokra vonatkozó, a REP-eknek továbbított havi teljesítmény elszámolásai. 2002. évtől az adatok tartalmazzák a gondozóintézetek szakellátási, valamint a praxis-laborok teljesítmény-adatait is.

2004-ig az adatok tartalmazzák a tárgyévet követő 4. hónapig, 2005-től a tárgyév végéig eszközölt korrekciókat (adathiány vagy hibás jelentés miatti pótlólagos elszámolás, adatjavítás, technikai okokból feldolgozatlan adat pótlása, ellenőrzés utáni korrekció), a megfelelő vonatkozási hónapra visszavezetve.

A járóbeteg-szakellátás teljesítmény elszámolásában a 2004. január havi teljesítmények elszámolásától kezdődően teljesítményvolumen korlátos finanszírozás került bevezetésre [Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 27. §].

Szakambulancia: a kórház, szakkórház által működtetett járóbeteg-szakellátás, ahol a kórházi, szakkórházi osztály szervezetében működő speciális járóbeteg-szakellátást végző szolgáltató egység működik, és meghatározott rendelési időben az osztálytól elkülönül.

Esetszám: egy megjelenési esetnek számít egy betegnek egy napon belüli megjelenése az adott rendelésen, függetlenül attól, hogy hány szolgáltatást végeztek a részére. Laboratóriumok, vagy más minták feldolgozásával foglalkozó egészségügyi szolgáltatók esetén egy megjelenési eset egy minta vizsgálata.

Beavatkozásszám: egy megjelenés során a beteg részére végzett szolgáltatás(ok) száma.

Computertomográf (CT) és Mágneses Rezonancia Képképzés (MRI)

Adatforrás: a CT és MRI vizsgálatokat végző szolgáltatók által az REP-ek részére továbbított teljesítmény adatok.

2004-ig az adatok tartalmazzák a tárgyévet követő 4. hónapig, 2005-től a tárgyév végéig eszközölt korrekciókat (adathiány vagy hibás jelentés miatti pótlólagos elszámolás, adatjavítás, technikai okokból feldolgozatlan adat pótlása, ellenőrzés utáni korrekció), a megfelelő vonatkozási hónapra visszavezetve.

A fejezet táblái csak az 1-es térítési kategória (magyar biztosítás alapján végzett ellátások) adatait tartalmazzák.

A CT és MRI vizsgálatok elszámolási szabályai 2004. április 1-jétől alapjaiban megváltoztak; a gépek kora és vizsgálati idő igénye szerint kialakított szorzók megszűntek, a szolgáltatók maximálisan elszámolható teljesítménye a hetente elvégezhető vizsgálatok számában lett meghatározva. A módosítás eredményeképpen pontosan szabályozva lett az elszámolható kontrasztanyag vizsgálatok mennyisége, a helyettesítés elszámolási rendje, valamint a szabálykönyv és az egyes vizsgálatok pontértéke is jelentősen módosult. 2005. október 1-jétől a CT és az MRI vizsgálatok elszámolására is a járóbeteg-szakellátás finanszírozási szabályai érvényesek. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 27. §-a határozza meg a teljesítményvolumen korlátos (TVK) finanszírozás szabályait. A TVK finanszírozás bevezetésével egyidejűleg a szabálykönyv és az egyes vizsgálatok pontértéke is jelentősen módosult.

Művesekezelés

Adatforrás: a művesekezeléssel foglalkozó szolgáltatók által az REP-ek részére továbbított jelentések adatai.

2004-ig az adatok tartalmazzák a tárgyévet követő 4. hónapig, 2005-től a tárgyév végéig eszközölt korrekciókat (adathiány vagy hibás jelentés miatti pótlólagos elszámolás, adatjavítás, technikai okokból feldolgozatlan adat pótlása, ellenőrzés utáni korrekció), a megfelelő vonatkozási hónapra visszavezetve.

Állomás: a finanszírozási szerződést kötött szolgáltató telephelye, ahol a dialízis kezeléseket végzik. Egy szolgáltató általában több állomással is rendelkezik.

CAPD (folyamatos ambuláns peritoneális dialízis): a beteg otthonában, saját maga által végzett dialízis kezelési mód, mely a víz és a retenciós anyagok folyamatos eltávolítását biztosítja.

EPO (erythropoietin): a vesében termelődő glycoprotein hormon, pontosabban cytokin, ami a vörösvértestek csontvelőben lévő előalakjait serkenti. A predializált betegek EPO kezelését az E. Alap 2007-től finanszírozza.

Házi szakápolás, Otthoni hospice ellátás

Adatforrás: a házi szakápolást, otthoni hospice ellátást végző szolgáltatók által a REP-ek részére továbbított egyéni elszámoló lapok és havi összesítő jelentések adatai.

Az évkönyvben található táblák adatai nem tartalmazzák a statisztikailag elhanyagolható mértékű korrekciókat.

Vizit: a beteg otthonában, illetve tartózkodási helyén - kezelőorvosának elrendelése alapján - nyújtott gyógyító tevékenység, amit a feladat elvégzésére jogosító szakképesítéssel rendelkező személy végezhet. Az egy napon belül végzett többszöri ellátást igénylő tevékenység is csak egy vizitnek számít.

Beteg: az év folyamán ellátott betegek száma, függetlenül attól, hogy az év folyamán hányszor került új elrendeléssel az ellátandók közé.

Szakápolási fokozatok:

- **Teljes ápolásra** szorulónak kell tekinteni azt a beteget, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységei (táplálkozás, tisztálkodás, öltözködés, széklet és vizelet kontinencia, önálló helyzetváltoztatás) közül hármát vagy annál többet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni, és szakápolásra szorul.
- **Részleges ápolásra** szorul az a beteg, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységei közül legalább két tevékenységet más személy igénybevétele nélkül nem képes elvégezni, és betegsége miatt szakápolásra szorul.
- **Önellátó** az a beteg, aki a mindennapi életvitel alaptevékenységeit más személy igénybevétele nélkül képes elvégezni, de ugyanakkor betegsége / krónikus betegsége miatt otthonában szakápolási feladatok elvégzésére van szüksége, pl. stomakezelés, gégetisztítás, lábszárfekély kezelése, műtét utáni seb kezelése, parenterális táplálás és gyógyszerelés.

Az **otthoni hospice ellátás** 2004. szeptember 1-jétől került bevezetésre, finanszírozási egysége a nap, amely az otthoni ellátáson kívül magában foglalja a folyamatos rendelkezésre állást is.

Fekvőbeteg-szakellátás

Adatforrás: - betegforgalmi adatok: OSAP 2155. sz. „Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatás” c. jelentése,
- a fekvőbeteg-ellátás teljesítményéről havonta szolgáltatott adatok.

Betegforgalmi adatok:

Működő kórházi ágyak száma év végén: ténylegesen az ellátásban használható kórházi ágyak száma, amely tartósan betegelhelyezésre alkalmas és rendelkezésre áll. Nem tartalmazza a december 31-én tartósan (6 hónapot meghaladóan) szünetelő kórházi ágyak számát.

Működő kórházi ágyak átlagos száma: a működő kórházi ágyak számának a tárgyév során bekövetkezett változásait is tükröző súlyozott átlaga.

Osztályokról elbocsátott betegek száma: kórházból eltávozott, továbbá ugyanazon gyógyintézet más osztályára áthelyezett és a meghalt betegek száma összesen.

Egynapos ellátási esetek száma: azon betegek száma, akiknek ápolási ideje a 24 órát nem érte el, és az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 9. sz. mellékletében meghatározott egynapos beavatkozások valamelyikében részesültek.

Teljesíthető ápolási napok száma: az időszak naptári napjainak és az engedélyezett ágyak számának szorzatából levonva a szünetelés miatt kieső napok száma.

Teljesített ápolási napok száma: aktív ellátás esetén a tárgyévben távozott betegek összes ápolási napját tartalmazza (így a tárgyévben távozott, de az előző évben felvett beteg esetén az ápolás előző évre eső részét is). Krónikus betegek esetén valamennyi, a tárgyévben távozott, vagy a tárgyév végén még benn fekvő beteg ápolásának tárgyévre eső ápolási napjait tartalmazza.

Egy ápolási napnak számít egy fekvőbeteg egy teljes napi (24 óra) ápolása. A felvétel és a távozás napja együttesen egy ápolási napnak számít. Egy ápolási napnak számít valamennyi fekvőbetegnek minősülő beteg ápolási időtartama, ha az nem éri el a 24 órát (felvett, de 24 órán belül meghalt beteg, szünetést követő 24 órán belül áthelyezett újszülött, egynapos ellátási esetnek minősülő eset, sürgősségi ellátás, stb.).

Ápolás átlagos tartama: aktív ellátás esetén a teljesített ápolási napok száma osztva az osztályokról elbocsátott betegek számával, krónikus ápolás esetén a tárgyévben távozott betegek teljes ápolási idejére számított ápolási napok száma osztva az osztályokról a tárgyévben elbocsátott betegek számával. Krónikus ápolás esetén ez nem egyezik meg a teljesített ápolási napok számának és az elbocsátott betegek számának hányadosával.

Ágykihasználási százalék: teljesített ápolási napok száma osztva a teljesíthető ápolási napok számával és szorozva 100-zal.

Halálozási százalék: meghaltak száma osztva az elbocsátott betegek számával és szorozva 100-zal.

Finanszírozási adatok:

A finanszírozás minősítési szempontjai: a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának minősítési szempontjait az egészségbiztosítási szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 7. sz. melléklete tartalmazza:

- Aktív ellátás

A finanszírozás módja szerint aktív ellátásnak minősül az az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot mielőbbi helyreállítása. Az aktív ellátás időtartama, illetve befejezése többnyire tervezhető és az esetek többségében rövid időtartamú.

- Krónikus ellátás

A finanszírozás módja szerint krónikus ellátásnak minősül az az ellátás, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása. Az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú.

- Mátrix kórházi ellátás

A betegellátás az aktív fekvőbeteg-szakellátó intézetben klinikai típusú és műtétes egységekben történik az ÁNTSZ engedélye szerint. A kórház ezen belül nem különül el osztálystruktúrára, hanem a mindenkori ellátási igény szerint végzi az ellátást.

A fekvőbeteg-szakellátás teljesítmény elszámolásában a 2004. január havi teljesítmények elszámolásától kezdődően teljesítményvolumen korlátos finanszírozás került bevezetésre (Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 27. §).

Homogén betegségcsoportok (HBCS): a fekvőbeteg intézmény az aktív minősítésű osztályain nyújtott ellátás esetében az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 3. sz. mellékletében foglalt homogén betegségcsoportokhoz rendelt súlyszám alapján részesül díjazásban. A HBCS-be sorolás módszertanát az egészségügyi miniszter tájékoztatóban teszi közzé. Az ellátott eset HBCS-jének meghatározásában a besorolási tényezőket a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 1. §-ban meghatározott sorrendben kell a csoportosításnál figyelembe venni.

Speciális finanszírozású fekvőbeteg-szakellátás

Adatforrás: finanszírozási szerződést kötött szolgáltatók havi elszámolása.

Az évenkénti adatok tartalmazzák a tárgyév végéig eszközölt korrekciókat (adathiány vagy hibás jelentés miatti pótlólagos elszámolás, adatjavítás, technikai okokból feldolgozatlan adat pótlása, ellenőrzés utáni korrekció), a megfelelő vonatkozási hónapra visszavezetve.

A tételes elszámolás alá eső egyszer használatos eszközök és implantátumok jegyzékét az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 1. sz. melléklete tartalmazza.

A tételes elszámolás alá eső gyógyszerek jegyzékét az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 1/A. sz. melléklete tartalmazza.

A nagy értékű, még országosan nem elterjedt műtéti eljárások, beavatkozások felsorolását a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 8. sz. melléklete tartalmazza.

A nagy értékű transzplantációk közül (máj-, szív-, hasnyálmirigy és tüdőtranszplantáció) finanszírozása az EüM által történt 2003. december 31-ig, 2004-től a finanszírozás az Egészségbiztosítási Alap terhére történik.

Transzplantáció: élő sejtek, szövetek vagy szervek átvitele a donorból a recipiensbe, azzal a céllal, hogy az átültetett anyag folytassa a funkcióját a recipiens szervezetében.

Betegszállítás

Adatforrás: finanszírozási szerződést kötött szolgáltatók havi elszámolása.

Hasznos kilométer: egyedi betegszállítás esetén a beteg felvételének helye és a betegszállító utalványon megjelölt érkezési helye közötti legrövidebb útszakasz, kapcsolt szállítás esetén az első beteg felvétele és az utolsó beteg érkezési helye közötti legrövidebb, illetve indokolt esetben az attól eltérő, a betegszállítás szempontjából legelőnyösebb útszakasz. A közölt adatok nem tartalmazzák a korrekciókat (adathiány vagy hibás jelentés miatti pótlólagos elszámolás, adatjavítás, technikai okokból feldolgozatlan adat pótlása, ellenőrzés utáni korrekció).

A szolgáltatót a beutalásra jogosult orvos rendelése alapján elvégzett betegszállítás után *kiegészítő betegszállítási díj* is megilleti, ennek mértékét az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló többször módosított 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 33. § (2) bekezdése határozza meg.

Mentés

Adatforrás: a finanszírozási szerződést kötött szolgáltatók havi elszámolása.

1998-2003 között a mentést a központi költségvetés, 2004-től az OEP finanszírozza.

Mentés: az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegeknek a feltalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet által végzett sürgősségi ellátása, illetve az ehhez szükség szerint kapcsolódóan – az egészségi állapotának megfelelő ellátásra alkalmas – legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, valamint a szállítás közben végzett ellátása.