

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, OEP területi hivatalai) és a szolgáltató között létrejött szerződés.

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

A 7.1. – 7.8. fejezetek a finanszírozási szerződést kötött szolgáltatók adatait tartalmazzák a január 1-jétől december 31-ig terjedő időszak teljesítményére és finanszírozására vonatkozóan.

A települési önkormányzatok fekvőbeteg-szakellátó intézményeinek átvételéről és az átvételhez kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2012. évi XXXVIII. tv. rendelkezik azon intézményekről, amelyek az önkormányzat felelősségi körébe tartozó egészségügyi közszolgáltatás részeként, fekvőbeteg-szakellátási vagy fekvőbeteg- és hozzá kapcsolódó járóbeteg-szakellátási feladatokat végeznek, és 2012. május 1-jén állami tulajdonba kerültek.

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, születést 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 egészségügyi államigazgatási szerv 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 (keretes) finanszírozás került bevezetésre (Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 27. §).

Homogén betegcsoportok (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 betegcsoportokhoz rendelt súlyszám alapján részesül díjazásban. A HBCS-be sorolás módszertanát a 10/2012.(II.28.) NEFMI rendelet és a 11/2012. (II.28.) NEFMI rendelet szabályozza.

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 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.

2012-ben a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek köre jelentősen bővült.

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.