

SOTE Rezidens Oktatási Program 2009. június

**A fekvőbeteg szakellátás finanszírozásának
alapjai: Finanszírozás homogén
betegségcsoportok szerint**

Dr. Nagy Júlia

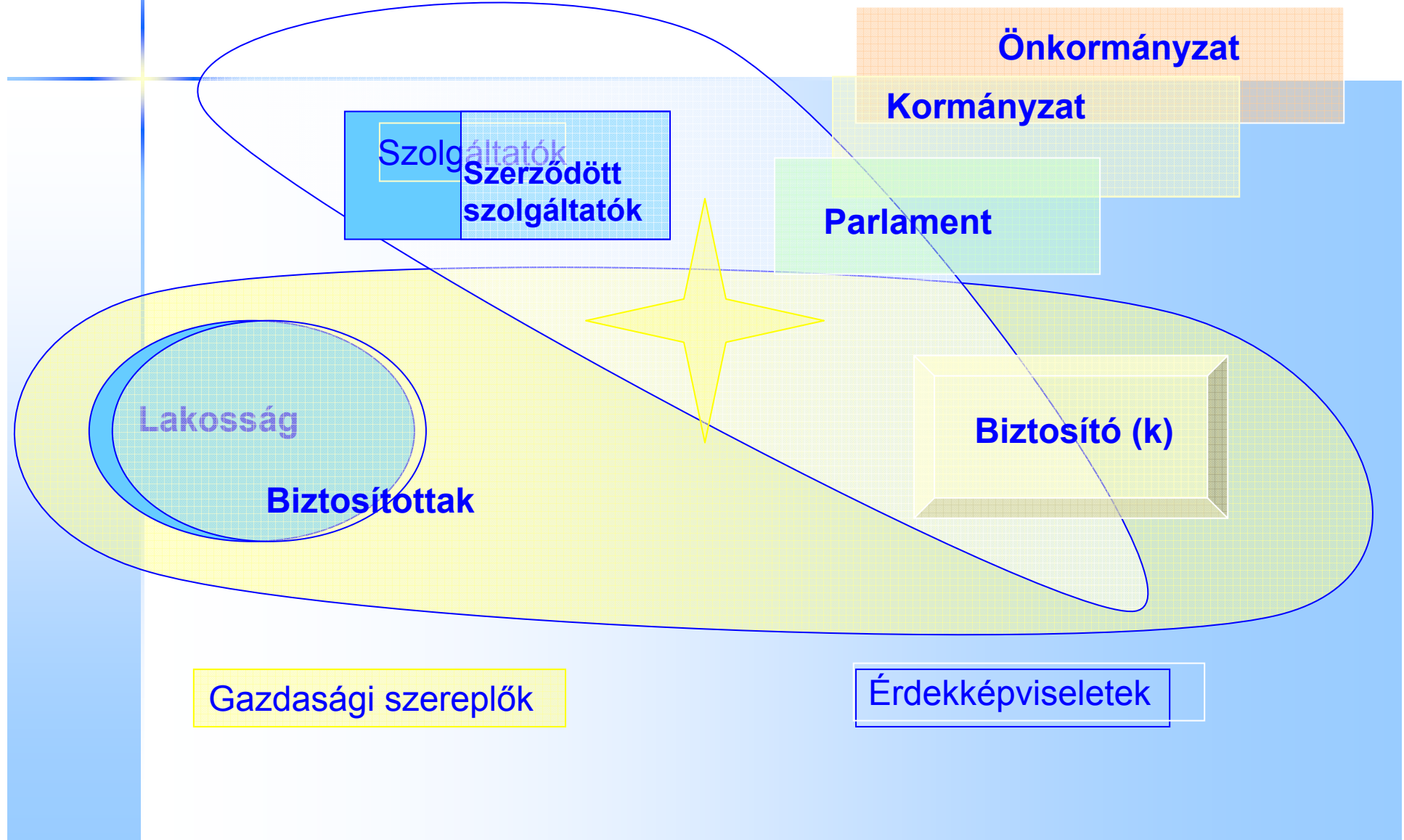
Témakörök

- A finanszírozás jelenlegi helyzete
- Lehetséges finanszírozási technikák
- HBCs rendszer jellemzői
- Alapvető finanszírozási szabályok a HBCs szerinti finanszírozási rendszerben
- Előnyök és hátrányok

Egészségügyi rendszer fő elemei

- **Forrásteremtés:** az egészségügyi ellátás finanszírozásához szükséges források összegyűjtése
- **Forrásallokáció:** a forrásteremtési rendszer által biztosított erőforrások szétosztása az egészségügyi ellátási feladatok között

Az egészségügyi biztosítási rendszer fő szereplői



E.Alap 2009 évi költségvetése

	Megnevezés	2009. évi előirányzat
1.	Háziiorvosi, háziiorvosi ügyelet ellátása	
2.	Praxisfinanszírozás	68 361,1
3.	Eseti ellátás díjazása	413,0
4.	Ügyeleti szolgálat	8 837,4
5.	1. Háziiorvosi, háziiorvosi ügyelet ellátása összesen	77 611,5
6.	Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem	
7.	Iskolaegészségügyi ellátás	1 789,5
8.	Védőnői ellátás	16 092,8
9.	Anya-, gyermek- és csecsemővédelem	457,3
10.	MSZSZ: gyermekgyógyászat	120,3
11.	MSZSZ: nőgyógyászat	94,4
12.	2. Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen	18 554,3
13.	3. Fogászati ellátás	23 152,2
14.	Gondozóintézeti-gondozás	
15.	Nemibeteg-gondozás	541,4
16.	Tüdőgondozás	2 151,2
17.	Pszichiátriai gondozás	1 119,1
18.	Onkológiai gondozás	548,7
19.	Alkohológia és drogellátás	375,0
20.	4. Gondozóintézeti gondozás összesen	4 735,4
21.	5. Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	6 061,1
22.	8. Műveskezelés	23 433,5
23.	10. Otthoni szakápolás	4 630,2
24.	12. Működési költségelőleg	500,0
25.	Célelőirányzatok	
26.	Felülvizsgáló orvosok díja	45,0
27.	Bázisfinanszírozott fekvőbeteg-szakellátás	12,1
28.	Méltányossági alapon történő térítések	39,2
29.	Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj	526,7
30.	13. Célelőirányzatok összesen	623,0
31.	14. Mentés	22 865,9
32.	15. Laboratóriumi ellátás	20 700,4
33.	Összevont szakellátás	
34.	Járóbeteg-szakellátás	108 256,7
35.	CT, MRI	
36.	Fekvőbeteg-szakellátás	388 276,9
37.	<i>ebből: aktív fekvőbeteg-szakellátás</i>	333 379,1
38.	<i>krónikus fekvőbeteg-szakellátás</i>	53 928,2
39.	<i>fix díjjal finanszírozott ellátások (BVOP)</i>	969,6
40.	Extrafinanszírozás	17,8
41.	Speciális finanszírozású fekvőbeteg	28 163,7
42.	16. Összevont szakellátás összesen	524 715,1
	ÖSSZESEN	727 582,6
	Béripolitikai intézkedések fedezete	15 824,0
	MINDÖSSZESEN	743 406,6

**Gyógyító-megelőző
ellátás kassza 51 %-
a fekvőbeteg
szakellátásra
fordítandó**

A fekvőbeteg szakellátásra rendelkezésre álló kapacitások

Időszak	Aktív ágyszám	Tényleges	Normatív
	Normatív	ágykihaszn. %	ágykihasználás
	ágykihaszn.%		
2007. július	44 933	70,70	79,23
az előző év azonos időszaka	60 639	60,53	70,38
az előző hónap	44 481	75,04	84,18

Időszak	Aktív ágyszám	Tényleges	Normatív
		ágykihaszn. %	ágykihaszn.%
2008. június	48 434	71,67	80,89
az előző év azonos időszaka	44 481	75,04	84,18
az előző hónap	48 441	67,84	75,27

Időszak	Aktív ágyszám	Tényleges	
	Normatív	ágykihaszn. %	
	ágykihaszn.%		
2008. május	48 441	67,84	75,27
az előző év azonos időszaka	44 398	75,55	83,26
az előző hónap	50 142	74,18	83,80

Ágykapacitások megyénként

Megye	Aktív ágyszám	Részesedés az országos összesenből %	Tényleges ágykihasználási %	Normatív ágykihasználási %
Budapest	12 241	27,24	66,97	74,47
Baranya	2 006	4,46	70,51	86,82
Bács-Kiskun	2 193	4,88	70,58	81,27
Békés	1 595	3,55	73,35	83,69
Borsod-Abaúj-Zemplén	3 247	7,23	73,27	75,53
Csongrád	2 093	4,66	71,40	81,66
Fejér	1 609	3,58	69,71	83,64
Győr-Sopron-Moson	1 710	3,81	67,63	71,26
Hajdú-Bihar	2 753	6,13	70,71	85,39
Heves	1 320	2,94	72,13	81,00
Komárom-Esztergom	1 179	2,62	74,63	79,84
Nógrád	902	2,01	61,74	72,66
Pest	1 902	4,23	71,79	80,23
Somogy	1 438	3,20	71,07	84,57
Szabolcs-Szatmár-Bereg	2 565	5,71	80,98	90,40
Vász-Nagykun-Szolnok	1 735	3,86	65,91	71,40
Folna	886	1,97	75,91	82,15
Vas	984	2,19	76,92	77,98
Veszprém	1 361	3,03	74,27	78,13
Zala	1 214	2,70	74,31	84,49
Országos összesen	44 933	100,00	70,70	79,23

Néhány adat a változásról

	1995	2000	2003
Kórházi ágyak száma	92603	83430	79 832
- akut ágyak	76367 (82,5%)	64836 (77,7%)	60 433 (75,7%)
10000 lakosra jutó kórházi ágy	89,7 (74,4)	81,8 (64,7)	78,9 (60,4)
Kórházi osztályos esetek száma (ezer)	2387 (2300)	2610 (2400)	2749 (2559)
Átlagos ápolási idő	10,8 (8,9)	8,9 (7,1)	8,36 (6,65)
Ágykihasználtság %	74,4 (71,5)	76,4 (73,2)	79,41 (77,17)

A kórházak fő típusai

- **Súlyponti kórházak**
 - **Nem súlyponti kórházak**
-
- **Városi kórházak**
 - **Megyei kórházak**
 - **Országos intézetek, egyetemek**
-
- **Általános kórházak**
 - **Általános gyermekkórházak**
 - **Szakkórházak**

Kórházi ellátás típusai:

- **Aktív kórházi ellátás:** általában rövid ápolási idejű, elsődlegesen a megbetegedés diagnosztizálására és terápiájára szolgáló ellátás, ahol biztosított a beteg számára a folyamatos orvosi felügyelet, ápolás és gondozás.
- **Krónikus fekvőbeteg ellátás:** általában hosszú idejű ellátás, amely elsősorban a beteg rehabilitációját, azaz az életfunkciók helyreállítását, szinten tartását, vagy krónikus megbetegedés hosszantartó, folyamatos ellátást igénylő eseteinek kezelését, vagy megbetegedéseit vagy életfunkcióiban korlátozott betegek folyamatos ápolását, gondozását biztosítja.
- **Egynapos ellátás:** 24 órán belül műtéttel, jelentős beavatkozással ellátott esetek
- **Kúraszerű ellátás:** meghatározott kezelési napokon, kúrajelleggel, fekvőbeteg háttér mellett, végzett jelentős ellátások.
- **Nappali kórház:** legalább naponta, egymást követően folyamatosan 6 órában végzett ellátás (a beteg az éjszakát nem a kórházban tölti).
- **Sürgősségi ellátások:** jelentős, súlyos akut tünetekkel rendelkező állapotok rövid időn belüli definitív ellátása (6-24 óra)

Finanszírozási - ösztönzési célok I. általános követelmények

- Teljesítmény – arányos
- Normatív
- Szektor semleges
- Transzparens, ellenőrizhető
- Allokációs hatékonyság, költséghatékonyság
- Technikai hatékonyság
- Támogassa a méltányosság megvalósítását
- Támogassa a megfelelő minőséget
- Vásárló erő erősítése
- Rizikó-kezelés optimalizálása

Finanszírozási - ösztönzési célok II.

- **A beteg csak a szükséges esetekben kerüljön kórházba**
- **Ebből is csak azon szolgáltatásokat végezzék el kórházban, amit máshol nem vagy nem hatékonyabban lehet megoldani**
- **A beteg megfelelő, a minőségi kritériumokkal, feltételekkel rendelkező kórházban lássák el.**
- **A beteg megfelelő színvonalon kerüljön ellátásra**
- **A súlyosabb állapotú betegek ellátásának preferálása (mindig van az átlagnál súlyosabb)**
- **Szabad választási lehetőség legyen biztosított a páciensek számára**
- **Területi ellátási kötelezettség garantálása**

- **Az esetek ellátása a felvételt követően költséghatékonyan történjen (ápolási idő csökkentése, megtartása, felesleges vizsgálatok elhagyása)**

Lehetséges finanszírozási technikák a fekvőbeteg szakellátásban

- **Input rendszerek**
- **Output rendszerek**

Aktivitás elvű

ápolási nap

ápolási eset

tételes

Felelősségelvű

betegségcsoportok, ellátási

csoportok szerinti

A szolgáltató finanszírozási rendszerének fő típusai a preferált felelősség szerint

- ***Aktivitás elvű finanszírozás***

A szolgáltató teljesítménye az általa közvetlenül elvégzésre kerülő szolgáltatások mennyiségével, típusával kerül kifejezésre.

- ***Felelősség elvű finanszírozás***

A finanszírozás egységében az adott szolgáltató saját ellátási szintjén és feladatán kívül - más szolgáltatók igénybevételét érintő - az ellátásszervezői felelősségét magában foglaló feladategységek is megjelenítésre kerülnek. Ebben az esetben az adott szolgáltató által közvetlenül elvégzett ellátási feladat mellett preferálásra kerül az ellátásszervezés hatékonysága is. A HBCs típusú rendszer a kórházi felvételt követően – igaz, hogy csak egy szolgáltató szervezet egészére vonatkozóan - ezt az alapelvet már képviseli.

A fekvőbeteg szakellátás finanszírozásának fő elemei

- HBCs szerinti finanszírozás:
 - aktív ellátás ellátás
 - nappali kórházi aktív ellátás
 - egynapos sebészet
 - kúraszerű ellátás
- Ápolási nap arányos finanszírozás:
 - krónikus fekvőbeteg ellátás
- Tételre elszámolás
 - egy-egy kiemelten drága terápia, beavatkozás az aktív ellátásban
- Input finanszírozás (minimális mértékben) rendelkezésre állási díjként
 - sürgősségi ellátás
 - traumatológiai ellátás
- Extra finanszírozás

Osztályozási rendszerek szerepe

- Egyszerű mérési rendszerek: elemi entitások tulajdonságainak meghatározása egy-egy kiválasztott értékelési szempont szerint egy meghatározott skálán, vagy értékelési rendszerben.
- Komplex osztályozási vagy mérési rendszerek: bonyolult rendszerek minősítése valamely komplex értékelés megvalósítása érdekében többféle tulajdonság együttes figyelembevételére érdekében

Az esetosztályozási rendszerek szerepe az egészségügyi finanszírozásban

- Definiálják az egészségügyi szolgáltatótól megvásárolható „terméket”, az ár, a „finanszírozás” mértékét.
- Kifejezik az adott ellátási szint felelősségét (a kórház egy adott esemény komplex ellátásáért felel az ellátás teljes időtartamában)
- Érvényesíthetők elszámolhatósági kritériumok (milyen indikációban, milyen szolgáltatótól „vásárolható” meg az ellátás)

A komplex osztályozási rendszerek fő típusai a kórházi ellátásban

- **Súlyosság** Disease staging
- **Várható kimenetel** APACHE
- **Várható erőforrás igény** DRGs/HBCs HRGs, AVGs, APGs
- **Várható ellátási ut** PMGs

Megnevezések jelentése

- HRGs = Health Resours Groups
(Ellátási csoportok komplex erőforrás igény szerint)
- HBGs = Healht Benefits Groups
- AVGs = Ambuláns Vizit Groups
- APGs = Ambuláns Patient's Groups
- APACHE = Acute Physiology and Chronic Health Evaluation System

PI. APACHE

- Mérési cél: a halálozási rizikó megbecslése az intenzív egységre történt felvételt követően
- Alkalmazás: minőség-ellenőrzés, biztosítás, gazdasági értékelés
- Mérési paraméterek:
 - Labor paraméterek
 - Glasgow Coma score
 - Krónikus egészségi állapotok

A klinikus szempontjai az eset minősítésében

a., a megbetegedés súlyossága (a megbetegedés következtében bekövetkezett funkcióveszteség relatív szintje, a betegség mortalitása)

b., a prognózis (a javulás, a gyógyulás valószínűsége)

c., a gyógyítás nehézségi foka (munkaigényessége, terápia és diagnosztika igényessége, a különleges betegségek kezelésének műszerigénye, komplikált eljárások szükségessége)

d., a beavatkozás szükségessége (kell-e műtéti vagy intenzív terápiás beavatkozás)

A gazdasági vezető szempontjai az eset minősítésében

az ellátás költsége, ráfordítás - és erőforrásigénye (mi a relatív költségigénye a különböző diagnosztikai és terápiás szolgáltatásoknak az egyes betegségek ellátása során)

A HBCs (homogén betegségcsoport)/DRGs (Diagnosis Related Groups) definíciója

A kórházi esetek olyan osztályozása, amely a kórházi ellátási eseteket szakmai szempontból és a várható erőforrásigény nagysága szerint homogén csoportokba sorolja.

A HBCs csoportok kitüntetett jellemzői

** Főcsoport: 05			Keringésrendszeri betegségek	Alsó határnap	Felső határnap	Normatív nap	Súlyszám
*	05P	176A	Szívbillentyű műtétek, katéterezéssel	4	45	15	9,33680
*	05P	176B	Szívbillentyű műtétek, katéterezés nélkül	4	32	15	7,64083
*	05P	177A	Coronaria bypass, katéterezéssel	4	40	15	10,02329
*	05P	177B	Coronaria bypass, katéterezés nélkül	4	31	12	8,11329
*	05P	177C	Coronaria bypass (négy vagy több), katéterezéssel	4	40	19	11,17031
*	05P	177D	Coronaria bypass (négy vagy több), katéterezés nélkül	4	40	13	9,23639
	05P	178A	Nagy cardiovascularis műtétek társult betegséggel	4	40	15	3,15907
	05P	178B	Nagy cardiovascularis műtétek társult betegség nélkül	3	39	13	2,53703
	05P	1790	Egyéb cardiovascularis műtétek	3	30	9	2,08829

Példa nem műtétes HBCs csoport meghatározására

**** 08 421C *Felkar törése*

BETEGSÉGEK

- S4200 Kulcsont-törés
- S4210 Lapocka-törés
- S4220 A humerus proximális végének törése
- S4230 A humerus középső részének törése
- S4240 A humerus distalis végének törése
- S4280 A váll és felkar egyéb részeinek törése
- S4290 A vállöv k.m.n. részének törése
- S4800 A vállizület traumás amputációja
- S4810 A felkar traumás amputációja
- S4890 A felkar k.m.n. szintjének traumás amputációja

Példa műtétes HBCs csoport meghatározására

**** 07 3475 *Epe- és hasnyálmirigy-vezeték szűkületek és elzáródások endoscopos műtéte öntáguló fémstenttel*

BETEGSÉGEK

C2200 Májsejt rák
C2210 Intrahepaticus epeút rák
C2220 Hepatoblastoma rosszindulatú daganata
C2230 A máj angiosarcomája
C2240 A máj egyéb sarcomái
C2270 A máj egyéb meghatározott rákjai
C2290 Máj rosszindulatú daganata, k.m.n.
C23H0 Az epehólyag rosszindulatú daganata
C2400 Extrahepaticus epeút rosszindulatú daganata
C2410 Papilla (ampulla) Vateri rosszindulatú daganata
C2480 Az epeutak átfedő elváltozása, rosszindulatú daganata
C2490 Epeút rosszindulatú daganata, k.m.n.
C2500 Hasnyálmirigy fej rosszindulatú daganata
C2510 Hasnyálmirigy test rosszindulatú daganata
C2520 Hasnyálmirigy farok rosszindulatú daganata
C2530 Hasnyálmirigy vezeték rosszindulatú daganata
C2540 Endocrin pancreas rosszindulatú daganata
C2570 A hasnyálmirigy egyéb részeinek rosszindulatú daganata
C2580 A hasnyálmirigy átfedő rosszindulatú daganata
C2590 Hasnyálmirigy rosszindulatú daganata, k.m.n.
C7720 Intraabdominalis nyirokcsomók rosszindulatú daganata
C7870 A máj másodlagos rosszindulatú daganata
K8310 Epevezeték-elzáródás

ÉS BEAVATKOZÁSOK

16361 Endoscopos sphincterotomia
16362 Endoscopos nasobiliaris drénezés
16367 Wirsungotomia endoscopica et dilatatio eadem
32630 PTC cholangiographia percutanea transhepatica
32631 Percutan transhepaticus drainage (PTD)
32660 Endoscopos retrográd cholangiopancreatographia(ERCP)
32661 ERP pancreatographia endoscopica

ÉS ESZKÖZÖK

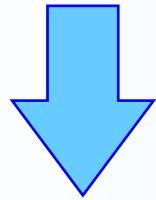
01358 Öntáguló fémstent az epeutak, pancreas vezeték területén történő felhasználásban

A DRGs rendszer eredete

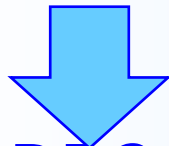
- Az USA-ban a Yale Egyetem fejlesztette ki.
- A megbízás a kórházak ellátásának minőségi szempontból történő összehasonlítására alkalmas módszer kifejlesztésére szólt.

DRGs családja

HCFA - DRGs

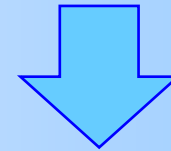


R-DRGs



S-DRGs

AP- DRGs



APR-DRGs



Mit fejezhető ki a DRGs segítségével

- Mit tekintünk egy szolgáltatás egységnek
- A kórházi ellátások közötti eltérések szakmai szempontból
- A kórházi ellátások közötti eltérés a várható költségigény szerint
- A kórházi ellátások közötti eltérés a minőségi követelmények, kompetencia szerint
- A kórházi ellátások között különbség a várható ellátási út szerint

Miért a DRGs a megfelelő a finanszírozási célokra

- (a) Kivitelezhető és könnyen megvalósítható adatkezelést igényel.
- (b) Valamennyi eset besorolható a rendszer segítségével.
- (c) A finanszírozási összegek meghatározásánál az ápolási esetek objektívnek tekinthető jellemzőit veszi alapul.
- (d) A szokatlanul súlyos vagy költséges esetek azonosíthatók és így a megfelelő módszer szerinti finanszírozásuk megoldható.
- (e) Kezelhető számú finanszírozási típust (szolgáltatást) különböztet meg.
- (f) A jelenlegi ismert módszerek közül a leghatékonyabb ösztönzés valósítható meg az optimális ellátás/költség viszony érdekében, miközben biztosítja, hogy a finanszírozás a teljesítményekkel arányos legyen

HBCs rendszer előnyei

- **Kifejezi a kórház felelősségét**
- **Megfelelő mértékében képes kifejezni a különbségeket a lehetséges ellátások között**
- **Hatékonyásra ösztönöz a felvétel után**
- **Ésszerű - a felelősséggel összhangban lévő - rizikó megosztás a kórház és a biztosító között**

Kritériumok a HBCs osztályozási rendszerrel szemben

- **Általános kritériumok az osztályozási rendszerrel szemben**
- **Az osztályozási rendszer és a beteg állapot kapcsolata**
- **Implementációs kritériumok**
- **Mérési célból eredő kritériumok - homogenitás**
- **Mérési faktorokra vonatkozó kritériumok**

Kritériumok a HBCs osztályozási rendszerrel szemben - általános osztályozási kritériumok

- **Megbízhatóság**
 - **Érvényesség**
 - **Költséghatékonyság**
 - **Rugalmasság**
- **ismételt alkalmazás azonos eredménnyel**
 - **csak a mérési szempontból fontos jellemzőket tükrözze**
 - **költségigényesebb eljárás legalább a mérés egy paraméterében hozzon előnyöket**
 - **több célra is alkalmazható legyen**

Kritériumok a HBCs osztályozási rendszerrel szemben - implementációs feltételek az osztályozási rendszerre

- **Kezelhető számú csoport legyen** → ne legyen több, mint 1000
- **Objektív jellemzőkön alapuljon** → Ilyen jellemzők a betegségek, beavatkozások
- **Minden esetre kiterjedjen** → minden esetről felvételre kerüljenek az adatok, a besorolás megvalósítható legyen
- **Technikailag kivitelezhető legyen** → az adatok meghatározása minden esetre biztosított legyen
- **Súlyos esetek azonosíthatók legyenek**

Kritériumok a HBCs osztályozási rendszerrel szemben - követelmények a besorolási faktorokra

- **Fejezze ki az ellátás alapvető jellegét,**
- **Fejezze ki az ellátott eset súlyosságát, ha erőforrás igényt jelent**
- **Fejezze ki az ellátás teljességét**
- **Fejezzi ki az ellátás minőségét**
- **Fő diagnózis, fő beavatkozás igénybevételi okok**
- **Társult betegségek, életkor, testsúly**
- **Kiirási állapot, további kezelés**
- **Igazoló eljárások**

Kritériumok a HBCs osztályozási rendszerrel szemben - általános homogenitási feltételek

- Orvosi szempontból homogén esetcsoportok legyenek
- Erőforrás-igényesség szempontjából homogének legyenek
- Az ellátás minimális szakmai feltételei alapján homogének legyenek (* jelzésű HBCs csoportok)
- Az ellátás folyamatának jellege alapján hasonlóak legyenek (garancia)
- Az ellátás minősége szerint homogének legyenek.

Általános elfogadhatósági feltételek

- a homogenitás legyen nagy mértékű a nagy esetszámú, szakmailag hasonló esetekre
- a homogenitás a kis esetszámú, szakmailag eltérő eseteknél lehet kisebb mértékű is

Homogenitás vizsgálat variancia analízissel I.

Feltételezés: ha a teljes sokaságot valamely jellemző alapján olyan alcsoportokra osztjuk, amely a hasonló elemeket tartalmaz, az alcsoportokra meghatározott varianciák összege kisebb, mint a teljes sokaságra meghatározott variancia.

Az értékelés lényege: meg kell határozni a várható költségigény alapján az egyes előzetesen, szakmai szempontok szerint már kialakított csoportokra a variancia értékét, valamint az összes mintában szereplő kórházi esetre vonatkozó un. teljes variancia értékét.

A csökkenés mértéke kifejezi az elért homogenitás mértékét. A csoportosítás által elért variancia csökkenés mértéke kifejezi a besorolási rendszer által elért homogenitás mértékét.

Homogenitás vizsgálat: pl. variancia analízissel

I = i-dik csoport

J = csoport eleme

$X_{i,j}$ = i-dik csoport j-dik eleme

-

\bar{x}_i = i-dik csoport átlaga

-

\bar{x} = i-dik csoport átlaga

N = elem szám

Belső varianciák összege

$$S_{\text{belső}}^2 = \frac{\sum_{i=1}^t \sum_{j=1}^{n_i} (x_{i,j} - \bar{x}_i)^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1) + \dots + (n_t - 1)} = \frac{\sum_{i=1}^t \sum_{j=1}^{n_i} (x_{i,j} - \bar{x}_i)^2}{\sum_j n_j - t} = \frac{\sum_{i=1}^t \sum_{j=1}^{n_i} (x_{i,j} - \bar{x}_i)^2}{N - t}$$

Teljes variancia

$$S^2 = \frac{\sum_{i=1}^t \sum_{j=1}^{n_i} (x_{i,j} - \bar{x})^2}{N - 1}$$

A HBCs osztályozási rendszer és a beteg állapot kapcsolata

- **nem a beteg állapotának súlyosságát méri, bár sokszor azt is jelzi,**
- **a kórházi ellátási eseményt osztályozza nem a beteg állapotát, bár a kettő közötti összefüggés nyilvánvalóan szoros**
- **a beteg állapota és a jelenlegi kórházi ellátás közötti kapcsolat a diagnózis típusok megfelelő meghatározásával adható meg**

A homogén betegségcsoportok és jellemzők meghatározásának általános lépései:

- a. Orvos-szakértők az előre definiált csoportokra a statisztikai adatok és a szakmai ismeretek alapján meghatározzák a csoportba tartozó betegségeket és műtéteket.
- b., A kialakított besorolási szabályok szerint a vizsgált eseteket betegség-csoportokba sorolják.
- c., Az így kialakított csoportok homogenitását az ápolási idő alapján matematikai statisztikai módszerekkel ellenőrzik (variancia minimalizálás).
- d., Ezt követően a ráfordítás adatok és költségek alapján a megfigyelt esetekre szabályos betegszámlák készülnek.
- e., Az egyedi ellátási esetek számlái alapján az egyes homogén betegségcsoportokra kiszámítják az átlagköltségeket, egyéb jellemzőket, vizsgálják a csoportok költség, ápolási idő szerinti homogenitását.
- f., A vizsgálat alapján meghatározzák a besorolási szabályok szükséges módosítását.
- g., A módosított csoportokra ismételt vizsgálatokkal és számításokkal határozzák meg az új jellemzőket.

A betegszámla felépítése

1. Diagnosztikai és terápiás költségek összesen

- 1.1. Közvetlen gyógyszerköltség
- 1.2. Vér és vérvérvények
- 1.3. Diagnosztikai és terápiás szolgáltatások
 - 1.3.1. Kórszöveti vizsgálatok
 - 1.3.2. Röntgen, ultrahang vizsgálatok
 - 1.3.3. CT, MRI, PET vizsgálatok
 - 1.3.4. Endoscopia
 - 1.3.5. Laboratóriumi vizsgálatok
 - 1.3.6. Izotópos diagnosztika
 - 1.3.7. Műtétek
 - 1.3.8. Anesztézia
 - 1.3.9. Implantátumok A (Besorolási szempont)
 - 1.3.10. Implantátumok B (Egyéb műtéti anyagok)
 - 1.3.11. Fizioterápia
 - 1.3.12. SUGÁRTERÁPIA
 - 1.3.15. Egyéb vizsgálatok
 - 1.3.17. Egyéb terápiák
 - 1.3.18. Szakmai anyagok, egyszer használatos eszközök
- 1.4. Általános osztályos orvosi tevékenység

2. Ápolási költségek összesen

- 2.1. Nővér bér + járulékai
- 2.2. Szakmai anyagok az ápolásban
- 2.3. Kis értékű tárgyi eszközök az ápolásban

3. Egyéb osztályos költségek összesen

- 3.1. Gyógyszertár
- 3.2. Egyéb személyi juttatás
- 3.3. Egyéb költségek

4. Ápolás-gyógyítás szűkített önköltsége (1. + 2. + 3.)

5. Hotelszolgálati ellátás költségei összesen

- 5.1. Kisegítő személyzet
- 5.2. Nem orvos-szakmai anyagok
- 5.3. Segédüzemi szolgáltatások
 - 5.3.1. TMK
 - 5.3.2. Energia, gáz, víz, fűtés, csatorna
 - 5.3.3. Mosoda, varroda
 - 5.3.4. Központi sterilizáló
 - 5.3.5. Beteglelmezés
 - 5.3.6. Egyéb segédüzemi szolgáltatás

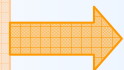
6. Gyógyítás-ellátás szűkített önköltsége (4. + 5.)

7. Központi irányítás és igazgatás költségei

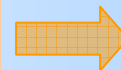
8. Gyógyítás-ellátás teljes önköltsége (6. + 7.)

Besorolás fő lépései

**Finanszírozási
eset
meghatározása**



**HBCs besorolás
meghatározása**



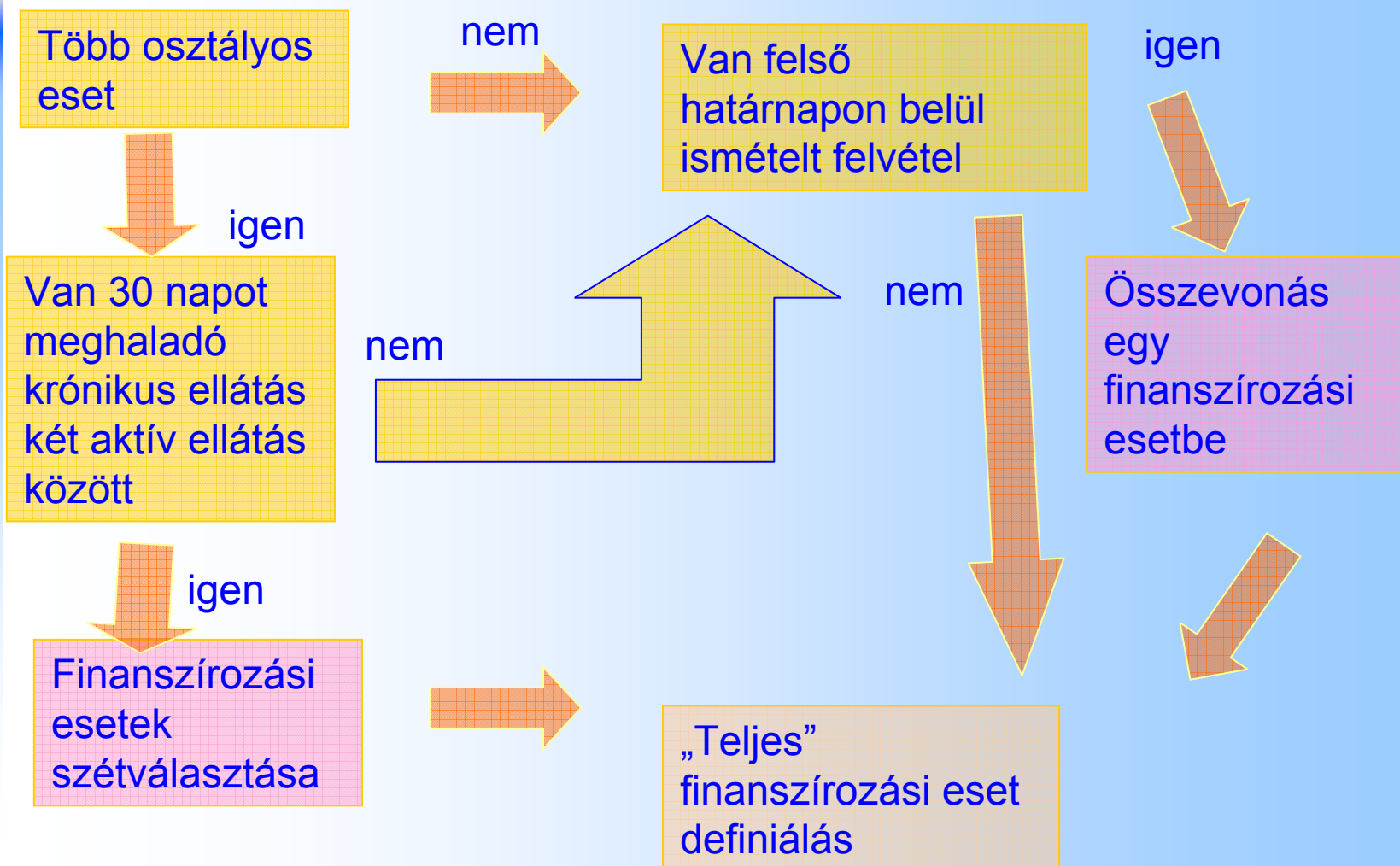
**HBCs kategória
meghatározása**

Mi az egy eset

**HBCs csoport
kiválasztása**

**Rövid, normál,
vagy hosszú
eset**

Finanszírozási eset meghatározása



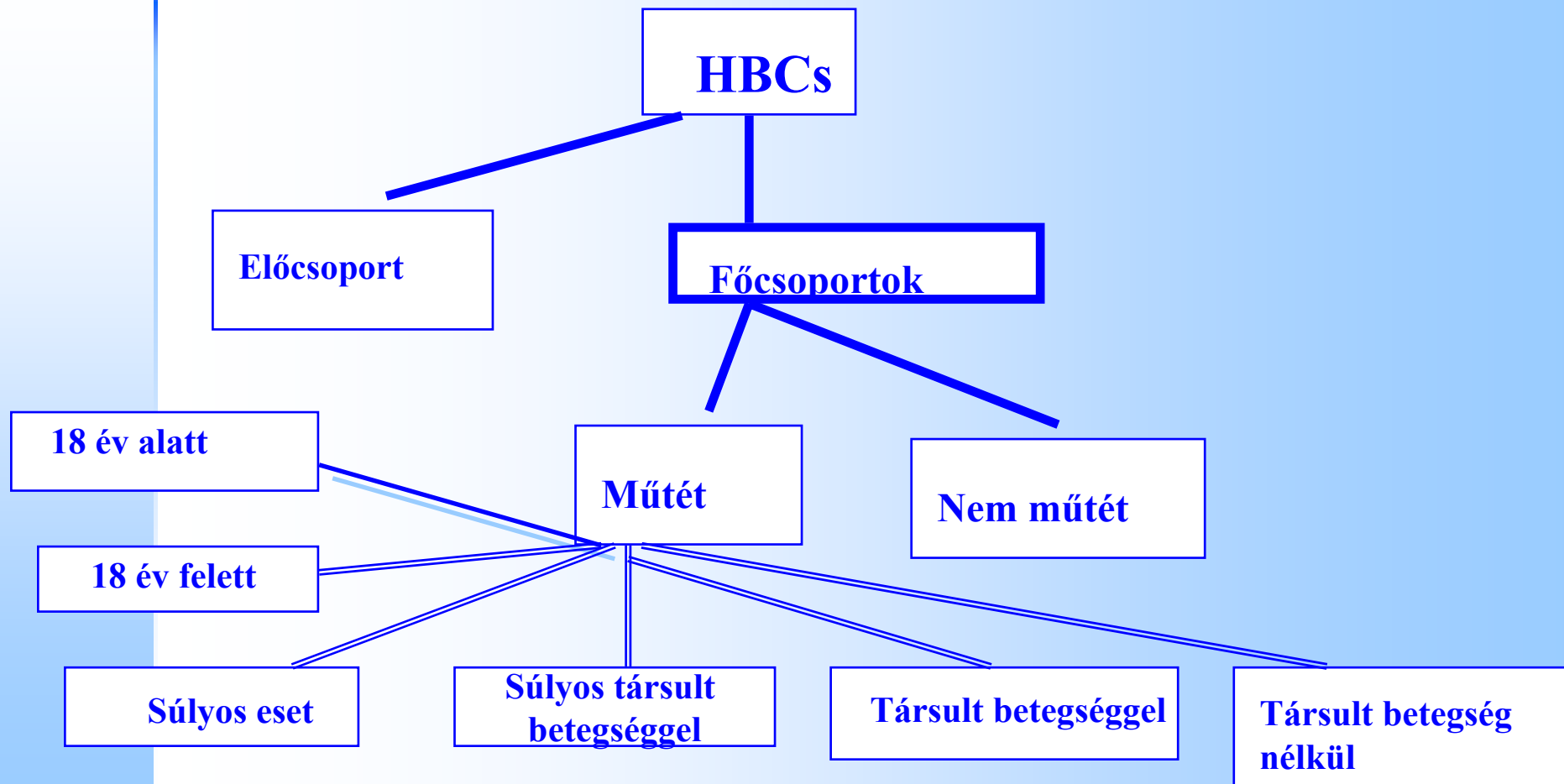
Besorolás szempontjából meghatározó fő ellátás kiválasztása

- **Fő osztályos ellátás = Az osztályos eset szerinti HBCs a legmagasabb súlyszámú csoport**
- **„Összevont eset” meghatározása = a teljes finanszírozási eset jellemzőinek kiválasztása**
- **Összevont eset HBCs csoportjának meghatározása**

„Teljes” finanszírozási eset
definiálás: automatizált algoritmus a
legmagasabb súlyszám érték alapján

- „Teljes” finanszírozási eset fő diagnózisának meghatározása
- „Teljes” finanszírozási eset egyéb diagnózisainak meghatározása
- „Teljes” finanszírozási eset főbeavatkozásának meghatározása
- „Teljes” finanszírozási eset egyéb jellemzőinek meghatározása

Besorolás fő lépései



B002.1 Elő-főcsoportba tartoznak – a máshol szabályozott kivételektől eltekintve – azok az ellátások, amelyeknél:

- 1. az ellátás jellegét meghatározó fődiagnózisok alapján a csoport tételei többféle betegség szerinti főcsoportba is tartozhatnának, a kezelés homogén jellege azonban nem indokolja, hogy betegségtől függően minden főcsoportban önálló altételként jelenjenek meg,**
- 2. az eset-csoport ráfordítás-igényessége, súlyossága miatt minden más szempontot megelőzően kell, hogy meghatározásra kerüljön.**

B003 A besorolás első lépésben azt vizsgálja, hogy az elő-főcsoportba tartozás feltételei fennállnak-e, vagy sem.

Az elő-főcsoportba tartoznak pl.: a kemoterápiák egy része (fődiagnózis többféle főcsoportba is tartozhat), a sterilizáció (egészségügyi ok esetén a fődiagnózis többféle főcsoportba is tartozhat), a többszörös jelentős traumák, szervátültetések (drága eljárások).

Az elő-főcsoportba tartozás általános jele a 99 főcsoport kód, de más főcsoportban (a besoroló táblázatban ennek megfelelő jelzéssel ellátott néhány esetben) is előfordulnak elő-főcsoportként viselkedő csoportok.

Példa előfőcsoportbeli HBCs csoportokra

** Főcsoport: 99			Főcsoport nélküli homogén betegségcsoportok	Alsó határnap	Felső határnap	Normatív nap	Súlyszám
*	99P	941A	Szívátültetés	0	0	0	0,00000
*	99P	941B	Egyidejű szív-, tüdőátültetés	0	0	0	0,00000
*	99P	941C	Veseátültetés	0	0	0	0,00000
*	99P	941D	Májátültetés	0	0	0	0,00000
*	99P	941E	Tüdőátültetés	0	0	0	0,00000
*	99P	941F	Hasnyálmirigy-átültetés	0	0	0	0,00000
*	99P	941G	Kombinált vese-, hasnyálmirigy-átültetés	0	0	0	0,00000
*	99P	941H	Allogén csontvelő-transzplantáció	0	0	0	0,00000
*	99P	941K	Autológ csontvelő-transzplantáció	0	0	0	0,00000
*	99M	941T	Májátültetés előtti kivizsgálás	20	40	33	2,58488
*	99M	941U	Szívátültetés előtti kivizsgálás	4	20	15	2,88479
*	99M	9420	Transzplantátum-elégtelenség	0	0	0	0,00000
*+	99M	9422	Kiegészítő HBCs transzplantátummal élő személy ellátására	5	0	0	1,50000
	99M	9430	Sugarterápia	5	14	10	1,78355

Több betegség főcsoporthoz is tartozó ellátásokat tartalmaz

Besorolás főcsoportba

Az **elő-főcsoportba** nem tartozó esetek a fődiagnózis alapján kerülnek a főcsoportba besorolásra. A főcsoportba tartozik az adott szervrendszer minden megbetegedése, így a daganatos, fertőzőes eredetű megbetegedések, sérülések, mérgezések, tünetek is ide tartoznak, ha csak az adott szervrendszerre lokalizáltan jelennek meg. A fertőzőes eredetű megbetegedések, sérülések, mérgezések, daganatos betegségek önálló főcsoporttal is rendelkeznek, amelyekbe azonban csak a szisztémás, több szervrendszert érintő megbetegedések kerülnek.

A főcsoportokba sorolásnak nagy a jelentősége, mivel ezt követően az adott betegségek mellett már csak meghatározott beavatkozások fogadhatók el besorolási tényezőként. Nem megfelelő fődiagnózis választása esetén előfordulhat, hogy az elvégzett beavatkozás már nem besorolási tényező.

A homogén betegségcsoportok meghatározásának elvei

A besorolás alapvető meghatározó szempontja az ellátást indokló fődiagnózis. A besorolás során elsőként a betegség alapján meghatározható betegség főcsoport kerül meghatározásra.

Meghatározott beavatkozások az ápolást indokló fődiagnózis mellett elsődleges besorolási tényezők. Elsődleges besorolási tényező lehet az a beavatkozás, amelynek költsége jelentős, elvégzésére csak kórházban, általában egy napot meghaladó folyamatos felügyelet mellett kerülhet sor. Ezen okok miatt nem lehet besorolási tényező a labor, röntgen vizsgálatok jelentős része. Az elsődleges besorolási szempontnak számító beavatkozások jelentős része műtét.

Az elsődleges besorolási tényezőnek számító ápolást indokló fődiagnózis mellett a társult betegségek meghatározott köre, a beteg további sorsa, újszülött testsúlya, kora, besorolást módosító faktor.

A HBCs rendszer meghatározott beavatkozásokat másodlagos besorolási tényezőként kezel. Ezek olyan beavatkozások, amelyek meghatározott ápolást indokló fő diagnózissal együtt való előfordulása egyértelműen jelzi, „igazolja” a preferálandó magas szintű ellátás elvégzését. Ezek az ellátások megkülönböztetését szolgálják.

A homogén betegségcsoportok meghatározásának elvei

- **Nem célszerű a szolgáltatás egységek (csoportok) számát jelentősen megemelni, pl. 1000 fölé emelni. Túl sok csoport alkalmazása rontja a rendszer áttekinthetőségét. A sokféleség mellett a koncentrálttság is jellemző a kórházi ellátásra. Az első tíz leggyakoribb HBCS csoport kiteszi a teljes kórházi ellátás 30 %-t.**
- **A nagy esetszámban előforduló ellátás típusokat célszerű a BNO szintjén csoportként megnevezni. Azokat az ellátás típusokat, amelyek átlagos költségigénnyel országosan ritkán, de a különböző kórházakban közel egyforma valószínűséggel jelennek meg, nem célszerű önálló csoportba tenni, hanem főcsoportonként megkülönböztetve és összevonva „egyéb” kategóriába kell besorolni.**

A homogén betegségcsoportok meghatározásának elvei

Új csoportokat akkor szükséges létrehozni, ha az esetek száma országosan jelentős, vagy az ellátás koncentrált, a hozzáférést ösztönözni szükséges.

Új csoport képzésének előfeltétele, hogy a módosítással a csoportok homogenitása a kiválasztott jellemző (pl. költség) függvényébe növekedjen. A csoportok homogenitása a variancia csökkenésével mérhető. A variancia csökkenése a homogenitás növekedését mutatja.

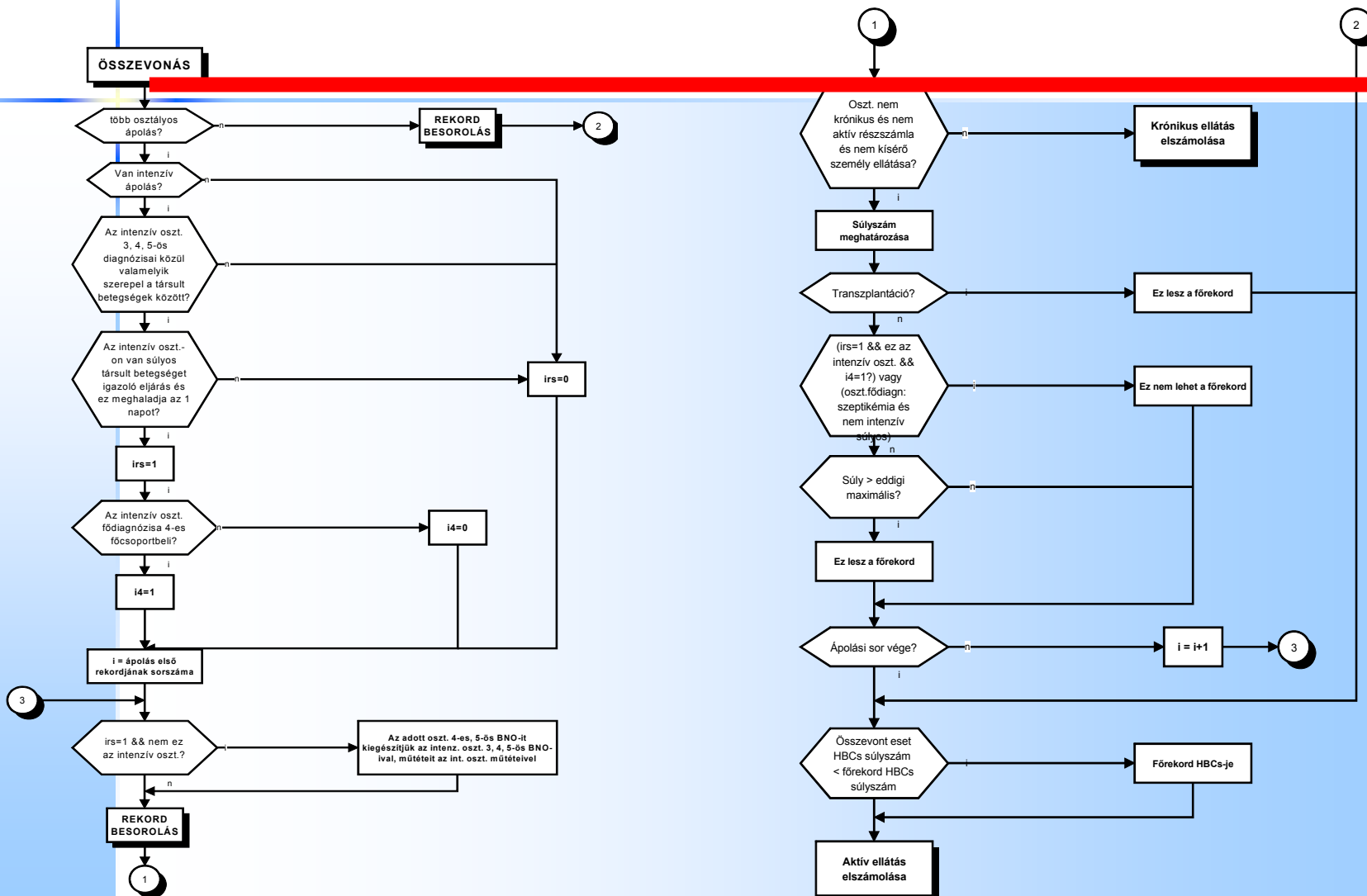
A HBCs besorolás alapvető meghatározói

- **Fő diagnózis**
- **Fő beavatkozások**
- **Társult betegségek**
- **Igazoló eljárások**
- **Életkor**
- **Felvétel módja**
- **Távozás módja**
- **Testsúly (újszülöttek)**

Csoport definíciók alap típusai

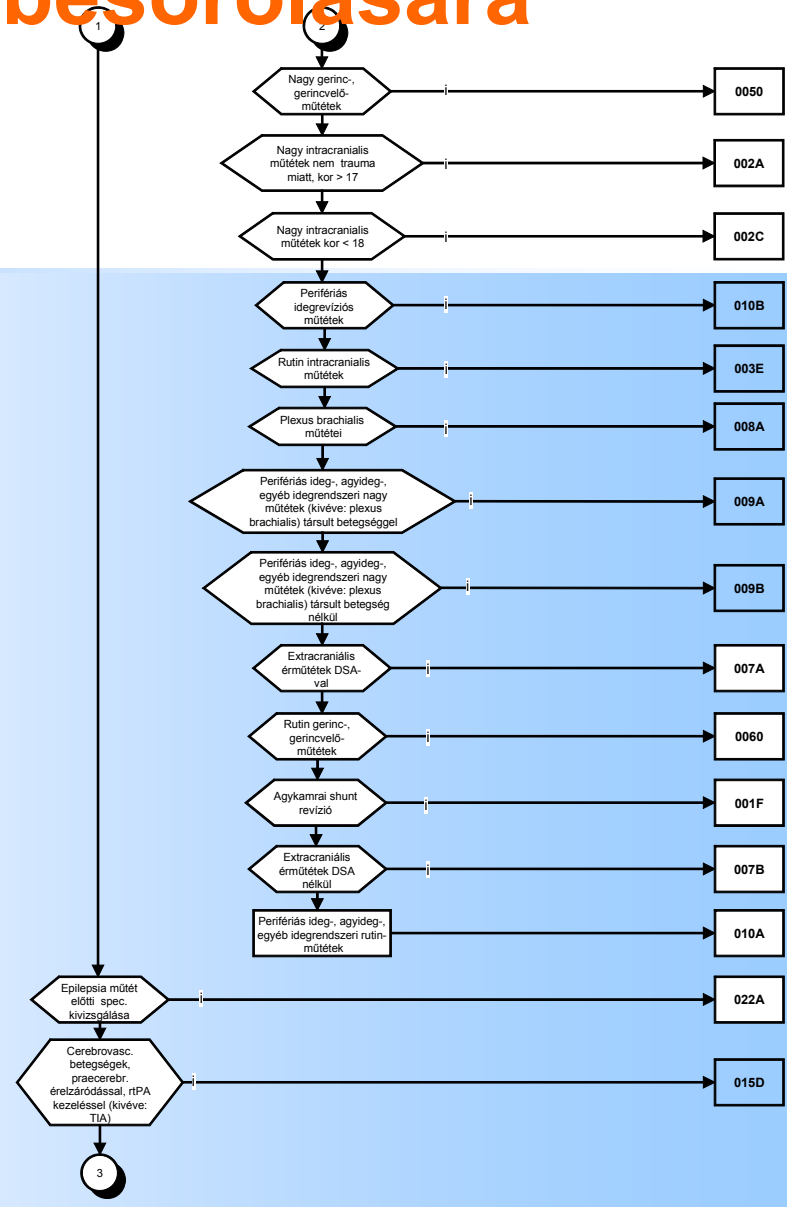
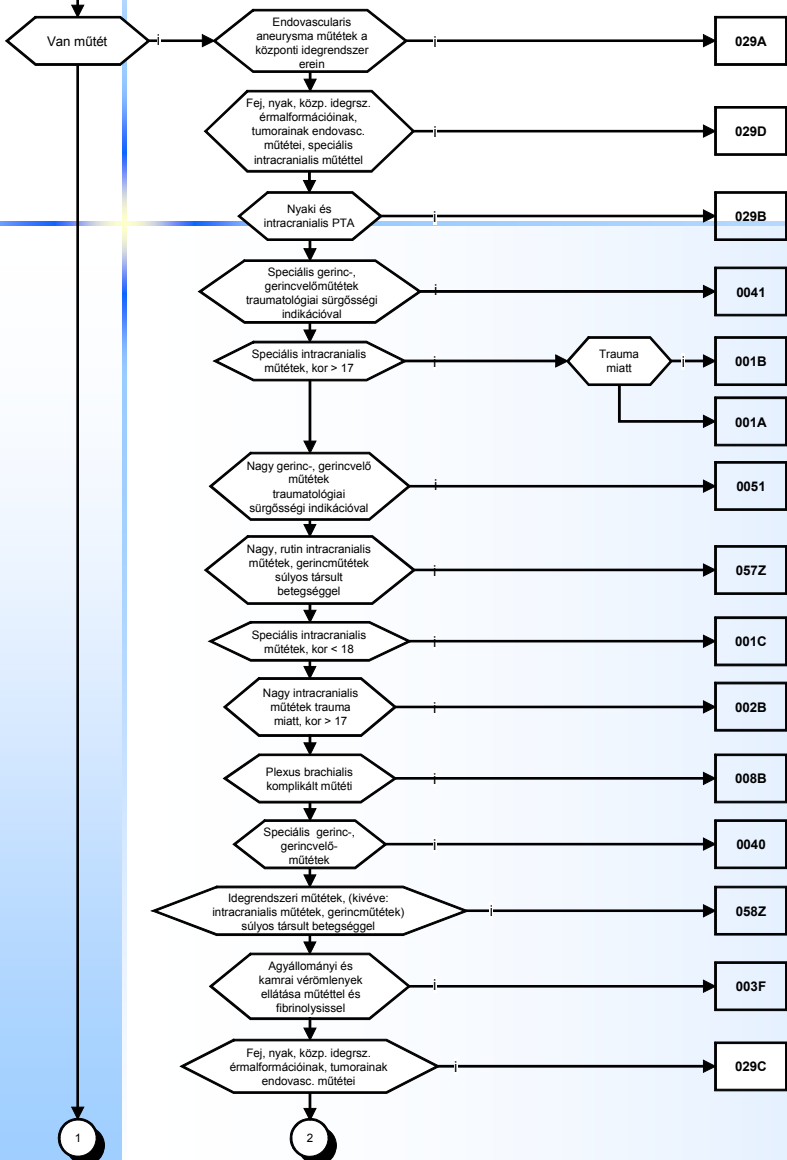
- Csak fődiagnózis
 - Főcsoport + beavatkozás
 - Fődiagnózis + beavatkozás
 - Fődiagnózis + igazoló eljárás
 - Társult betegséggel
 - Súlyos társult betegséggel
 - Életkor alapján
 - Diagnózisok kombinációja
 - Főcsoport + beavatkozások kombinációja
 - Fődiagnózis + beavatkozások kombinációja
- Számos esetben fontos az egyes szolgáltatásból elvégzett tevékenységek mennyisége is.

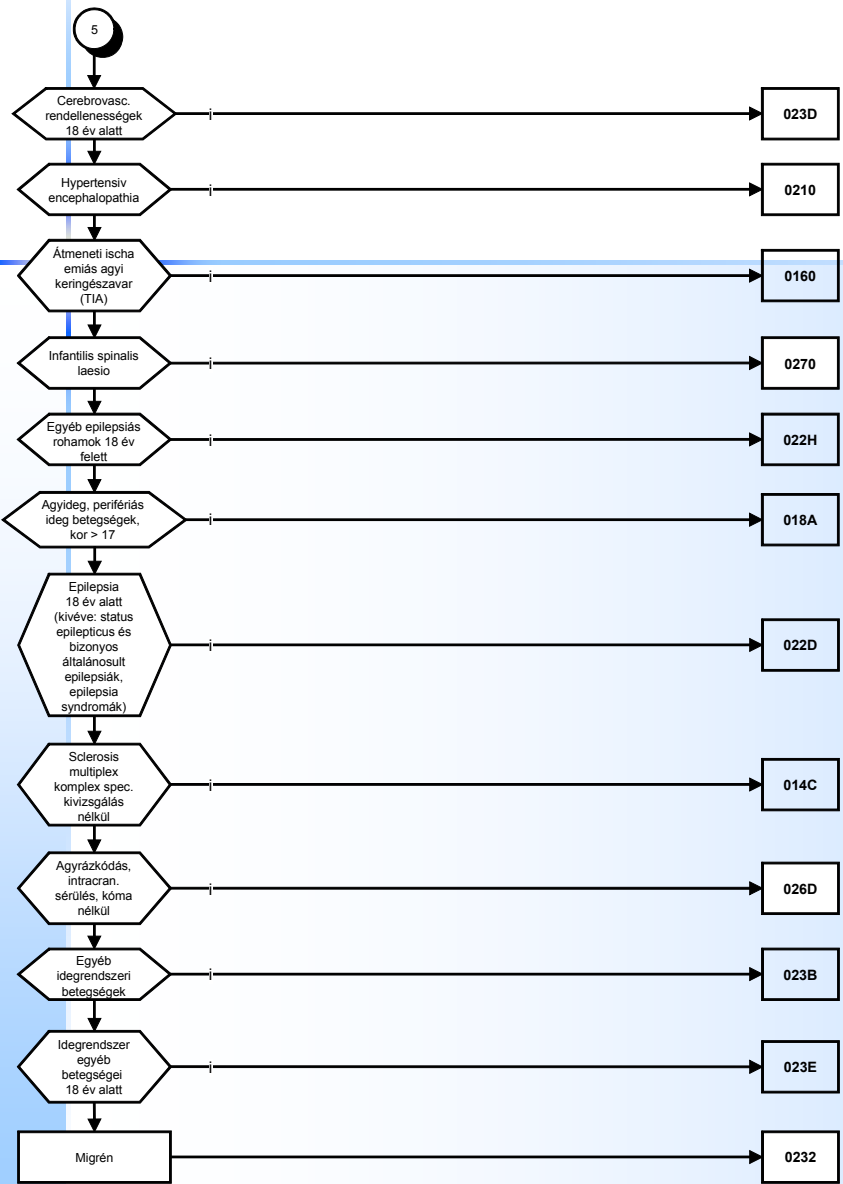
Fő rekord kiválasztása besoroláshoz részletesen



Minta egy főcsoport besorolására

1. főcsoport





A jelenlegi finanszírozási rendszer jellemzői

- **A kórházi ellátás finanszírozásában minimális mértékben van fix finanszírozási elem.**
- **A díjak előre meghatározottak, országosan egységesek minden ellátási szintre, minden szolgáltatóra.**
- **A szolgáltatók között az ellátásban, a teljesítményben meglévő különbséget döntően a homogén betegségcsoportok megkülönböztetésével fejezik ki.**
- **A magasabb szintű ellátás feladatainak külön preferálására a kórházi kassa 2,5 %-t kitevő összege szolgál. (Az összeg nagysága az emelt szintű ellátás nagyságától függ.)**
- **A különösen drága, előre nem tervezhető események után egészségügyi miniszteri - OEP főigazgatói döntés alapján a költségigényességnek megfelelő külön finanszírozás biztosítható: extra finanszírozás**
- **A nem elterjedt, különösen drága eszközök, szolgáltatások finanszírozása tételes elszámolásban történik. Ezek keretösszege, éves esetszáma a szolgáltatók szintjén a népjóléti miniszter és az OEP főigazgatójának egyetértésével meghozott döntés alapján kerül meghatározásra.**

A homogén betegségcsoportok szakmai és finanszírozási jellemzői

Az egyes homogén betegségcsoportokra országos normatív értéként a következő jellemzők kerültek meghatározásra:

- alsó-felső határnap
- normatív ápolási idő
- költség igényességi súlyszám

a., Alsó-felső határnap: elsősorban orvos-szakmai szempontokat mérlegelve, homogén betegségcsoportonként kerül meghatározásra. Az adott csoportban az alsó-felső határnap közötti időtartamban végzett ellátás tekinthető teljes mértékű ellátásnak.

b., Normatív ápolási idő: az alsó-felső határnap közötti esetek ápolási idejének országos átlaga alapján került meghatározásra.

c., Költségigényességi súlyszám: kifejezi, hogy az adott homogén betegségcsoport költségigényessége milyen nagyságú az átlagos kórházi ellátási esethez viszonyítva. A finanszírozás összege közvetlenül az eset súlyszám alapján kerül kiszámításra.

Megfontolások az alsó határnap meghatározásához

- Műtét esetén általában 1 vagy 2 nap: az ellátás nagyobb része már lezajlott
- Társult beteg esetén: minimum 4 nap, mivel a társult betegségnek ellátásához is szükséges idő: nincs rövid eset
- Súlyos társult betegség esetén: minimum 5 nap, hosszabb idő kell a súlyos állapot ellátásához: nincs rövid eset
- Sürgős ellátás esetén: 0 ápolási nap

** Főcsoport: 07			Máj- és hasnyálmirigy- betegségek	Alsó	Felső	Normatív	Súlyszám
				határnap	határnap	nap	
	07P	341A	Hasnyálmirigy, máj nagyobb műtétei társult betegséggel	4	50	19	3,64298
	07P	341B	Hasnyálmirigy, máj nagyobb műtétei társult betegség nélkül	2	46	15	2,68619
	07P	3420	Hasnyálmirigy, máj közepes műtétei	2	48	19	3,12489
	07P	3421	A máj, hasnyálmirigy műtétei 1 éves kor alatt	2	35	10	2,07368
	07P	343A	Epeútműtétek társult betegséggel	4	44	14	2,35128
	07P	343B	Epeútműtétek társult betegség nélkül	2	43	12	1,89062
	07P	344A	Cholecystectomy a ductus choledochus kőeltávolításával	2	46	12	1,59923
	07P	344B	Cholecystectomy társult betegséggel	4	39	11	1,51048
	07P	344C	Cholecystectomy társult betegség nélkül	2	25	7	1,15731

A HBCs típusú finanszírozási rendszerek strukturája

I. szint: Bázisszabályok és paraméterek a homogén betegségcsoportok típusától függően

Ebbe a csoportba tartoznak a homogén betegségcsoportok besorolási szabályai, a súlyszám, normatívidő, alsó-felső határnap definíciók. A besorolási rendszer minősége azt befolyásolja, hogy mennyire képes a HBCs rendszer az ellátott esetek közötti különbségeket kifejezni.

II. szint: Keretszabályok, amelyek a homogén betegségcsoportoktól függetlenül, döntően az esetre, valamint az árak meghatározásának módjára, az árak költségfedezeti tartalmára vonatkozó eljárásokat szabályozzák

Ezek a szabályok a rendszer finanszírozási egységének meghatározását, az alapdíj mértékét a HBCs csoportoktól függetlenül rendező szabályok. Jelentős hatást gyakorolnak a DRG alapelvek megvalósulásának mértékére. HBCs specifikus szabályozó szerepe ebben a körben csak a csoportok határnapjaihoz kötődő elemeknek van.

III. szint A rendszer hatását modifikáló szabályok (pl. védelmi szabályok) *elsődlegesen a bevezetés során van kiemelt jelentősége*

A szabályozóknak egyik része a bevezetés, adaptációs szakasz kiegészítő rendelkezéseit foglalhatja magában a hatások fokozatos érvényesítéséhez (saját ár, védett jövedelem, stb.) Másrészt ide tartozhatnak azok a szabályok is, amelyek a kórházi ellátás globális rendszerén belül ható eszközökkel segítik az egyensúlyi állapot fenntartását a kifizetések és a rendelkezésre álló keretek között. Ilyen eszköz például a havi korrekciós tényező, amely nagyon drasztikus módon garantálja, hogy a fix kórházi költségvetési keretet országos szinten a teljesítmények növelése mellett sem lépjük túl. Ez az egyensúly természetesen sokféle módon fenntartható. Így pl. megoldható úgy is, hogy az egyensúlyi helyzetet biztosító díj újraszámítási szabályai kerülnek meghatározásra.

IV. szint Rendszerkörnyezeti szabályok

A környezeti faktorként megjelenő szabályok közül azokat kell kórház finanszírozást befolyásoló faktornak tekinteni, amely közvetve vagy közvetlenül hatással vannak a kórházi ellátás igénybevételének mértékére, ellenőrzöttségére. Így ebbe a szintbe tartoznak a beutalási és igénybevételi előírások, a háziorvosi felelősség kiterjedése, a többi szolgáltató finanszírozási rendszere és az ebből eredő kereslet a kórházi ellátás iránt.

A szabályozás jogi elemei

<i>Szabályozási szint</i>	<i>Legfontosabb jogszabályok</i>	<i>Szabályozási terület</i>
<i>Törvény</i>	1997. évi CLIII. törvény 1998. évi XCI. törvény	Finanszírozási koncepció, elvek, alapvető elszámolási szabályok meghatározása
<i>Kormányrendelet</i>	43./1999. (III. 3.) korm. rendelet	Finanszírozás egysége, finanszírozás részletes elszámolási szabályai, hibás, hiányos adatszolgáltatás következményei, az ellátás és elszámolás elfogadhatóságának általános kritériumai, szankciók, elszámolás menete, határidők
<i>Miniszteri rendelet</i>	9./1993. sz. népjóléti miniszteri rendelet és az ezt módosító rendeletek (pl. 7./1999 EüM. rendelet)	A finanszírozási egység elszámolási paramétereit, az elszámolhatóság egyéb paramétereit
<i>Elszámolási kézikönyvek, útmutatók</i>	HBCs besorolási kézikönyv Szabálykönyv BNO 10 kódkönyv	A finanszírozási egységek részletes definícióit, elszámolás bázisadatait

A finanszírozás általános feltételei:

- A szolgáltató rendelkezzen működési engedéllyel (ÁNTSZ engedély).
- Az a szolgáltatás, amit a szolgáltató a páciens részére nyújt, az Egészségbiztosítás által részlegesen vagy teljes mértékben finanszírozandó feladat legyen.
- A szolgáltató rendelkezzen az OEP-vel megkötött olyan szerződéssel, amely kiterjed annak meghatározására, hogy a szolgáltató milyen szolgáltatás, feladat, szolgáltatást nyújtó szervezeti egység esetén jogosult OEP térítés igénylésére.
- Az ellátások adatait meghatározott szabályok szerint dokumentálni kell. Az általánosan érvényes szabályokon túl a szakmai dokumentáció adatait meghatározott, a biztosítottság, a jogosultság ellenőrzéséhez szükséges adatokkal ki kell egészíteni. A TAJ szám bevezetése a dokumentációkba kötelező.

Szabályozási alapproblémák:

- **Mi egy finanszírozási egység (egy osztályos eset, egy kórházi eset, egy időtartamon belüli összes kórházi eset)**
- **A finanszírozási egység milyen kategóriáit kell megkülönböztetni esettípus szerint (HBCs osztályozási rendszer tételei, besorolási szabályai)**
- **A díjak költségfedezeti tartalma (csak működési költségre nyújt fedezetet, amortizációra is fedezetet ad, stb.)**
- **A díjképzés szabályozása**
- **A hibás adatszolgáltatás következményei**
- **A kórház igénybevételének szabályozása**
- **Az ellátás elfogadhatóságának feltételei**
- **A szolgáltatás korlátozásának általános feltételei**
- **A teljesítmény és a finanszírozás időbeni kapcsolatának kialakítása**

Alapdíj

- **Minden kórházra azonos**
- **Előre meghirdetett**
- **Tartalékalap képzés**
- **Évvégén felosztás**
- **Tartalék alap változásától függően új alapdíj**

A rendszer elemek változásai - alapdíj

Alapdíj számítás módszere

- a., 1993: saját, havi ár*
- b., 1995: havi ár, intézeti szorzók, korlátokkal*
- c., 1997: havi ár, adaptáció az egységes ár felé, havi ütemezéssel*
- d., 1998: előre meghirdetett országos havi ár, kiegészítő un. progresszív díjazás az országos intézetek részére*

Alapdíj költségfedezete

- a., 1993: működési költség, kivéve vér, dializálás, egyedi implantátumok, MRI, CT*
- b., 1994: működési költség, kivéve dializálás, egyes egyedi implantátumok, MRI, CT*
- c., 1999: működési költség, kivéve dializálás, egyes egyedi implantátumok, MRI*
- d., 1999: működési költség, kivéve dializálás, egyes egyedi implantátumok, MRI*
- e., 2000: működési költség, kivéve dializálás, egyes egyedi implantátumok*

Finanszírozási díj meghatározása

Finanszírozási díj = alapdíj * súlyszám

pl. = 146000 Ft * 1,23276 súlyszám =

179.983,- Ft

A rendszer elemek változásai - kórházi eset definiálása

- **1993: 12 órán túli ellátás**
- **1994: 24 órán túli ellátás**
- **1995: 24 órán túli ellátás, kivéve egy napos ellátás, kúraszerű ellátás**
- **2000: 24 órán túli ellátás, kivéve egy napos ellátás, kúraszerű ellátás, sürgősségi ellátás**

Kórházi ellátás

24 órán túli ellátás, kivéve

- **újszülöttek**
- **halottak**
- **egy napos sebészet**
- **sürgősségi ellátás**
- **kúraszerű ellátás**
- **nappali kórházi ellátás**

A rendszerelemek változásai - finanszírozási eset

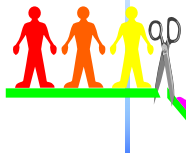
- **1993: Egy kórházi eset több finanszírozási eset lehet**
- **1995: Egy kórházi eset egy finanszírozás eset**
- **1997: Egy kórházi eset a felső határnapon belül egy eset (garanciális szabály)**
- **1999: Átfedés vizsgálatok kórházi ellátás és járóbeteg szakellátás között**
- **2000: Garanciális szabályok kiterjesztése a kúraszerű ellátás eseményeire is.**
- **2001: Egy finanszírozási eset több kórháznál végzett ellátásból is összetevődhet (egy napos ellátások)**
- **2005: Egy finanszírozási eset több kórháznál végzett esetből tevődhet össze általánosan.**

Finanszírozási eset fő jellemzői

- Egy aktív kórházi eset egy eset, kivéve ha aktív osztályos esetek között 30 napot meghaladó krónikus ellátásra került sor.
- Összevonási szabály érvényesül egy kórházi eseten belül az aktív - krónikus ellátás között is
- Összevonás ugyanazon kórházban végzett, visszavett beteg ellátása esetén, a rendeletben meghatározott kivételektől eltekintve
- Összevonás a más kórházba történő visszavétel esetén végzett

Krónikus ellátás -Aktív ellátás összekapcsolása egy kórházi ellátáson belül

krónikus ellátás napi díja csak akkor számolható el, ha az
összesített ápolási idő elérte a HBCs normatív ápolási
idejét + 7 nap



Garanciális szabály

Általános szabály: egy finanszírozási esetnek számít a határnapon belüli ismételt felvétel.

Kivételek: számos

1 év alatti gyermekek ellátása

jelentős akut esemény (stroke, AMI, trauma, stb.)

visszavétel sorozat ellátási esemény miatt

(műtétet követő kemoterápia, sugárterápia)

Aktív ellátás - HBCs szerint

- **Rövid eset** időarányos, a (teljes súlyszám/alsó határnap)* ápolási nap számítás szerint
- **Normál eset** teljes súlyszám
- **Hosszú eset normál** teljes súlyszám + felső határnap feletti napok * krónikus ellátás 1,00 súlyú átlag díja * 0,75
- **intenzív (lélegeztetett beteg)** 4 * krónikus ellátás alapdíja
- **Áthelyezett** időarányos, kivéve műtetek
- **Non-invazív monitorizálással ellátott beteg intenzív egységen** A nem súlyos ellátásra vonatkozó súlyszám 10 %-al növelt összege.

Áthelyezett esetek finanszírozása

Az áthelyezett ellátási eset után - a neonatológiai intenzív centrumból (PIC) jelentett esetek, továbbá a besorolási tényezőnek minősülő beavatkozással járó ellátások (P jelű HBCs) kivételével - az intézmény nem jogosult a teljes díjra súlyszámra, csak a teljes díj és a normatív ápolási idő hányadosaként meghatározott, az adott HBCs-re vonatkozó egy napra eső díj és a tényleges ellátási idő szorzatának megfelelő összegre.

Teljesítményvolumen korlát (TVK)

- Súlyszám volumenkorlát

Meghatározott
súlyszámösszege felül
a kifizetés (finanszírozás)
mértéke korlátozott az
összesített teljesítményre

- Szolgáltatás volumen korlát:

Meghatározott esetszámon
felül a kifizetés mértéke
korlátozott

**A TVK-hoz a szolgáltatók havi bevételi tervet
készítenek az éves TVK kereten belül**

A TVK szabályok alternatívái

- Degresszív TVK rendszer: meghatározott teljesítményvolumentől kezdődően csökkenő díjazás (pl. 60, 30, 10 % -os kifizetés történik)
- Felső-korlátos TVK rendszer: meghatározott súlyszám összegtől kezdődően nincs kifizetés

Védett TVK rendszer: meghatározott TVK csak meghatározott ellátási formákra biztosít fedezetet (mindkét alternatíva esetén alkalmazható)

Az un. védett TVK

Az elszámolásnál a szolgáltató összes teljesítményvolumenén belül

- a) az onkológiai,*
- b) kardiológiai,*
- c) a traumatológiai,*
- d) a csecsemő- és gyermekgyógyászati*

ellátásra érvényes teljesítményvolumen elkülönítetten kell kezelni. Amennyiben az elkülönített teljesítményvolumen nem elégséges a felmerülő szükségletek kielégítésére, akkor a felmerülő többletigényt az összes teljesítményvolumenen belül nem nevesített volumen terhére kell biztosítani.

Az elszámolás menete

A szolgáltatók az előírt rekordformátum szerint elszámolásra beküldik a bázis adatokat a tárgyidőszakot követő hónap 10.-ig.

- Az elszámolást végző szervezet ellenőrzi a beküldött információkat:
 - a., szerződésben álló szervezet
 - b., jogosult a szolgáltatás végzésére
 - c., az igénybevevő jogosult az ellátásra
 - d., az elszámolási adatok formai és logikai szempontból megfelelőek
- 📄 Az elszámolási szervezet elvégzi a teljesítmény elszámolást, összesíti az eredményeket.
- 📄 Az eredmények alapján megtörténik a teljesítmények után járó kifizetések átutalása a szolgáltató felé.
- 📄 A szolgáltató elszámolási információként visszajelzést ad az elfogadott, visszautasított, hibás teljesítményekről.

Elszámolás időtáblázata egy adott hónap teljesítményének elszámolására

- Tárgyhónapot követő hónap 10. : tárgyhavi teljesítmények
beküldési határideje
- Tárgyhónapot követő második hónap 10.:
utolsó lehetőség tárgyhavi teljesítmények pótlására
- Tárgyhónapot követő második hónap 27. napja:
*elszámolás, pénz-átutalási utasítások
megküldése a Kincstár részére
elszámolási információk (hibajegyzékek)
megküldése a szolgáltatók részére*
- Tárgyhónapot követő harmadik hónap első napjai:
*Elszámolási összeg megérkezése a szolgáltatók
számlájára a Kincstár átutalása alapján*

hibajavítás

- Tárgyhónapot követő második hó 10 saját kezdeményezésre
- Tárgyhónapot követő negyedik hó 10. már csak hibalista alapján

Speciális elszámolási szabályok

- **Nappali kórházi ellátás: 6 órát meghaladó ellátás, a teljesítmény csökkentett (0,7 szorzóval) számolható el**
- **Halottak esetén, függetlenül a tényleges ápolási időtől a minimális díj összege: 0,8, Boncolás önálló HBCs**
- **Egynapos és többnapos ellátások díja azonos**
- **Kúraszerű és aktív kórházi ellátások díja, ugyanazon ellátásra, azonos.**
- *** jelű HBCs csoportok elszámolhatósága korlátozott**

Minta kompetencia definiálásra

2. *01P 001B Speciális intracranialis műtétek 18 év felett, trauma miatt

0106 Föv. Önk. Szent János Kórháza, Budapest

0151 Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

0163 Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet, Budapest

0195 Állami Egészségügyi Központ, Budapest

0242 Pécsi Tudományegyetem, Orvostudományi és Egészségtudományi Centrum

0401 Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyula

0502 Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc

0643 Szegedi Tudományegyetem Orvostudományi és Gyógyszerésztudományi Centrum

0801 Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr

0940 Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum

1101 Megyei Szent Borbála Kórház, Tatabánya

1401 Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

1801 Vas Megyei Markusovszky Kórház, Szombathely

Speciális elszámolási feladatok a protokoll alapú elszámolásokban

7372* Kemoterápia, MVAC protokoll szerint

Protokoll időtartama : 22 [nap]
 Protokollok közötti szünet : 6 [nap]
 Fázisok száma : 3

Diagnózisok :

C65H0 A vesemedence rosszindulatú daganata
 C66H0 A húgyvezeték (ureter) rosszindulatú daganata
 C6700 Húgyhólyag trigonumának rosszindulatú daganata
 C6710 Húgyhólyag tető (vertex) rosszindulatú daganata
 C6720 Húgyhólyag oldalfalának rosszindulatú daganata
 C6730 Húgyhólyag mellső falának rosszindulatú daganata
 C6740 Húgyhólyag hátsó falának rosszindulatú daganata
 C6750 Húgyhólyag nyakának rosszindulatú daganata
 C6760 Húgyvezeték nyílás (orificium) rosszindulatú daganata
 C6770 Urachus rosszindulatú daganata
 C6780 A húgyhólyag átfedő elváltozása, rosszindulatú daganata
 C6790 Húgyhólyag rosszindulatú daganata, k.m.n.

Fázisok leírása :

Beavatkozás kód:	73721	Kemoterápia, MVAC protokoll szerint (1. fázis)		
Fázis azonosító:	1	Fázis hossza : 2 [nap]		
MTX	Methotrexate	Adagolás:	30	mg/m2
ADM	Doxorubicin	Adagolás:	30	mg/m2
VBL	Vinblastine	Adagolás:	3	mg/m2
CDDP	Cisplatin	Adagolás:	100	mg/m2
Beavatkozás kód:	73722	Kemoterápia, MVAC protokoll szerint (2. fázis)		
Fázis azonosító:	2	Fázis hossza : 1 [nap]		
MTX	Methotrexate	Adagolás:	30	mg/m2
VBL	Vinblastine	Adagolás:	3	mg/m2
Beavatkozás kód:	73723	Kemoterápia, MVAC protokoll szerint (3. fázis)		
Fázis azonosító:	3	Fázis hossza : 1 [nap]		
MTX	Methotrexate	Adagolás:	30	mg/m2
VBL	Vinblastine	Adagolás:	3	mg/m2

Ellátási napok a ciklus kezdetétől:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Fázisok:	1	1													2
MTX	Methotrexate	*													*
ADM	Doxorubicin		*												
VBL	Vinblastine		*												*
CDDP	Cisplatin		*												

Ellátási napok a ciklus kezdetétől:	16	17	18	19	20	21	22
Fázisok:							3
MTX	Methotrexate						*
ADM	Doxorubicin						
VBL	Vinblastine						*
CDDP	Cisplatin						

Új finanszírozási díjak a szolid tumorok ellátására

		HBC s	Súlyszám	Finanszírozási díj 134.00 alapdíj esetén
99M	959A	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "A"	0,53362	71 505
99M	959B	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "B"	0,67899	90 985
99M	959C	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "C"	0,79799	106 931
99M	959D	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "D"	0,94348	126 426
99M	959E	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "E"	1,15926	155 341
99M	959F	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "F"	1,37989	184 905
99M	959G	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "G"	1,67102	223 917
99M	959H	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "H"	2,05555	275 444
99M	959I	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "I"	2,69624	361 296
99M	959J	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "J"	3,7811	506 667
99M	959K	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "K"	7,0529	945 089
99M	959L	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "L"	15,10534	2 024 116

Az emlő daganat kemoterápiájának finanszírozása

	Jelenlegi		súlyszám	finanszírozási díj		
99M	950E	Emlődaganat kemoterápiája 18 év felett	1,07223	143678,82		
	Új					
99M	959A	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "A"	0,53362	71505,08	CPH+CDDP protokoll	
99M	959B	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "B"	0,67899	90984,66	CBP+CPH protokoll	
99M	959C	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "C"	0,79799	106930,66	EC/B protokoll	
99M	959D	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "D"	0,94348	126426,32	Mitodoxon iv. monoterápia	
99M	959E	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "E"	1,15926	155340,84	ADM VP	
99M	959I	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "I"	2,69624	361296,16	HER+TAX	külön keretes
99M	959J	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "J"	3,7811	506667,4	GEM+TAX	külön keretes
99M	959K	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "K"	7,0529	945088,6	HER+TAX/A telítési ciklus	külön keretes
99M	959L	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "L"	15,10534	2024115,56	HER+TAX/D	külön keretes

Emlő daganat kemoterápiás protokollok: 61 protokoll

C50	Az emlő rosszindulatú daganata
7018	Kemoterápia, GEM+TAX protokoll szerint
7019	Kemoterápia, capecitabine monoterápia protokoll szerint
7020	Kemoterápia, HER+TXT/A feltöltő ciklus protokoll szerint
7021	Kemoterápia, HER+TXT/B fenntartó ciklus protokoll szerint
7059	Kemoterápia, TXT+CDDP protokoll szerint
7066	Kemoterápia, HER+TXT/C heti adagolásban feltöltő ciklus protokoll szerint
7067	Kemoterápia, HER+TXT/D heti adagolásban fenntartó ciklus protokoll szerint
7068	Kemoterápia, HER kiegészítő protokoll szerint
7069	Kemoterápia, HER+TAX/A feltöltő ciklus protokoll szerint
7070	Kemoterápia, HER+TAX/B fenntartó ciklus protokoll szerint
7091	Kemoterápia, CAV protokoll szerint
7099	Kemoterápia, TAX+CBP protokoll szerint
7103	Kemoterápia, heti adagolású TXT protokoll szerint
7118	Kemoterápia, heti HER+TAX protokoll szerint
7119	Kemoterápia, heti TAX protokoll szerint
7135	Kemoterápia, HER+TAX/C heti adagolásban feltöltő ciklus protokoll szerint
7136	Kemoterápia, HER+TAX/D heti adagolásban fenntartó ciklus protokoll szerint
7137	Kemoterápia, HER monoterápia feltöltő ciklus protokoll szerint
7140	Kemoterápia, capecitabine+TXT protokoll szerint
7153	Kemoterápia, IFO+doxorubicin/A protokoll szerint
7154	Kemoterápia, IFO+doxorubicin/B protokoll szerint
7156	Kemoterápia, IFO+doxorubicin/C protokoll szerint
7215	Kemoterápia, doxorubicin+VP protokoll szerint
7216	Kemoterápia, MITX iv. monoterápia protokoll szerint
7235	Kemoterápia, klasszikus CMF protokoll szerint
7236	Kemoterápia, EC/A protokoll szerint
7237	Kemoterápia, FAC/A protokoll szerint
7238	Kemoterápia, FEC protokoll szerint
7239	Kemoterápia, MITX+IFO protokoll szerint
7240	Kemoterápia, MMM/A+MMC protokoll szerint
7241	Kemoterápia, MM protokoll szerint
7243	Kemoterápia, TAX+doxorubicin protokoll szerint
7244	Kemoterápia, TAX+EPI protokoll szerint
7245	Kemoterápia, TXT+EPI protokoll szerint
7246	Kemoterápia, TXT+doxorubicin protokoll szerint
7247	Kemoterápia, FAC/C protokoll szerint
7248	Kemoterápia, AC protokoll szerint
7249	Kemoterápia, CDDP+TXT/A protokoll szerint (emlő)
7250	Kemoterápia, CBP+TXT/B protokoll szerint (emlő)
7251	Kemoterápia, MMC+VBL protokoll szerint (emlő)
7254	Kemoterápia, EC/B protokoll szerint
7255	Kemoterápia, FEC/B protokoll szerint
7261	Kemoterápia, VNB+doxorubicin protokoll szerint (emlő)
7262	Kemoterápia, VNB+EPI protokoll szerint (emlő)
7263	Kemoterápia, MM/B protokoll szerint
7302	Kemoterápia, CBP+IFO protokoll szerint
7333	Kemoterápia, CBP+CPH protokoll szerint
7341	Kemoterápia, CPH+VP protokoll szerint recidiva kezelésére
7345	Kemoterápia, VEP protokoll szerint
7347	Kemoterápia, CPH+CDDP protokoll szerint
7360	Kemoterápia, FAP protokoll szerint
7369	Kemoterápia, CDDP+TAX/B protokoll szerint
7402	Kemoterápia, CEP II protokoll szerint
7903	Kemoterápia, Mono-doxorubicin protokoll szerint
7915	Kemoterápia, EPI/A protokoll szerint
7920	Kemoterápia, TAX monoterápia protokoll szerint
7921	Kemoterápia, TXT monoterápia protokoll szerint
7922	Kemoterápia, ADRIA protokoll szerint
7923	Kemoterápia, EPI/B protokoll szerint
7924	Kemoterápia, 5FU heti nagy dózisu protokoll szerint
7925	Kemoterápia, MCMF protokoll szerint

7333	Kemoterápia, CBP+CPH protokoll szerint
7341	Kemoterápia, CPH+VP protokoll szerint recidiva kezelésére
7345	Kemoterápia, VEP protokoll szerint
7347	Kemoterápia, CPH+CDDP protokoll szerint
7360	Kemoterápia, FAP protokoll szerint
7369	Kemoterápia, CDDP+TAX/B protokoll szerint
7402	Kemoterápia, CEP II. protokoll szerint
7903	Kemoterápia, Mono-doxorubicin protokoll szerint
7915	Kemoterápia, EPI/A protokoll szerint
7920	Kemoterápia, TAX monoterápia protokoll szerint
7921	Kemoterápia, TXT monoterápia protokoll szerint
7922	Kemoterápia, ADRIA protokoll szerint
7923	Kemoterápia, EPI/B protokoll szerint
7924	Kemoterápia, 5FU heti nagy dózisu protokoll szerint
7925	Kemoterápia, MCMF protokoll szerint

Finanszírozott protokollok száma összesen: 267

- Az ajak rosszindulatú daganata: 22
- A vékonybél rosszindulatú daganata: 9
- A vastagbél rosszindulatú daganata: 20
- A hasnyálmirigy rosszindulatú daganata: 7
- Az agy rosszindulatú daganata: 33

Az új finanszírozási rendszer alapelemei II.

- **A 12 új HBCs csoportot a kemoterápiás protokollok szerint állították össze.**
- **Az új HBCs csoportok kizárólag költségigény szerint homogének.**
- **Az új HBCs csoportok súlyszáma egy kemoterápiás protokoll egy ciklusára vonatkozik, függetlenül attól, hogy a csoportba tartozó egyes protokollok egy ciklusa mennyi kórházi ellátás során valósul meg.**

Példa kemoterápiás HBCs csoportra

*99M	959I	Rosszindulatú daganat kemoterápiája "I"	1	2,69624
------	------	---	---	---------

		fázis kezelési napok száma (normatív nap)	cikluson belüli szünet napok száma	Fázisok száma	Normatív nap, fázisnapok összege+2nap	Felső határnap (normatív nap+szünet napok száma)	
	7955	Kemoterápia.SICARE5 protokoll szerint 18 év alatt	5	1	1	7	6
K	7920	Kemoterápia, Taxol monoterápia protokoll szerint	1	20	1	3	21
	7996	Kemoterápia, N6 protokoll szerint 18 év alatt	8	21	1	10	29
K	7118	Kemoterápia, heti Paclitaxel-Trastuzumab protokoll szerint	8	7	2	4	15
K	7182	Kemoterápia, Cisplatin-TAX/C protokoll szerint	1	20	1	3	21
	7937	Kemoterápia, EWEVA1 protokoll szerint 18 év alatt	3	21	1	5	24
	7938	Kemoterápia, EWVIDE3 protokoll szerint 18 év alatt	3	21	1	5	24
	7019	Kemoterápia, Xeloda monoterápia szerint	14	7	1	16	21
K	7369	Kemoterápia, Cisplatin-Taxol/B protokoll szerint	2	20	1	4	22
K	7243	Kemoterápia, Taxol-ADM protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7099	Kemoterápia, TAX+CBP protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7167	Kemoterápia, TAX-CBP/B protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7244	Kemoterápia, Taxol-EPI protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7184	Kemoterápia, Taxotere/B monoterápia szerint	1	20	1	3	21
K	7181	Kemoterápia TAX+CBP/D protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7059	Kemoterápia, TAXOTERE+CDDP protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7249	Kemoterápia, CDDP+TXT/A protokoll szerint (emlő)	1	20	1	3	21
	7137	Kemoterápia, HER monoterápia telítési ciklus protokoll szerint	1	6	1	3	7
	7945	Kemoterápia, EWVAI22 protokoll szerint 18 év alatt	2	21	1	4	23
	7944	Kemoterápia, EWIVE protokoll szerint 18 év alatt	3	7	1	5	10
K	7342	Kemoterápia, Hycamtin/A protokoll szerint	5	16	1	7	21
K	7246	Kemoterápia, Taxotere-Adriblastina protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7250	Kemoterápia, CBP+TXT/B protokoll szerint (emlő)	1	20	1	3	21
K	7344	Kemoterápia, TXT-CBP (second line th) protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7164	Kemoterápia, TXT-CBP protokoll szerint	1	20	1	3	21
	7934	Kemoterápia, E protokoll szerint 18 év alatt	21	28	1	23	49
K	7245	Kemoterápia, Taxotere-Epirubicin protokoll szerint	1	20	1	3	21
K	7183	Kemoterápia, CBP+TXT/C protokoll szerint	1	20	1	3	21
	7947	Kemoterápia, EWVIDE33 protokoll szerint 18 év alatt	3	21	1	5	24
K	7047	Kemoterápia, Irinotecan/A (campto) protokoll szerint	1	20	1	3	21

Finanszírozási fő szabályok

- **Egy teljes, szabályos ciklus teljesítése után jár a HBCs szerinti súlyszám**
- **Ha egy bennfekvés során több ciklusra is sor került, a többszörös díj, arányosan kifizethető**
- **Részleges díj fizethető ki a befejezett fázisok után**
- **A nem protokoll szerint végzett kemoterápiás kezelések után alacsony finanszírozási díj számolható el.**
- **A szakmai kontroll rendszere megmarad a drága (pl. a korábban külön-keretből finanszírozott készítmények esetén**

Krónikus ellátás szorzói

Krónikus ellátások

Kódja	Megnevezése	Szorzója
00001	Ápolási tevékenység	1,0
00015	Krónikus és általános rehabilitációs ellátás	1,2
00016	Kiemelt rehabilitációs ellátás (onkológiai, kardiológiai, gyermek-egészségügyi, szakmai minősítésű mozgásszervi) és pályázati úton befogadott hospice ellátás	1,5
00017	Központi idegrendszeri sérültek és tartós légzésbénultak	3,3
00018	Szakmai minősítésű pszichiátriai rehabilitációs ellátás	1,4

Technikai előírások az elszámoláshoz

- **Beküldési rekordkép definiálása**
- **Technikai útmutató a beküldéshez**
- **Beküldés módszere**

Beküldési rekordkép

Beküldési rekordkép

Név	Hossz	Megnevezés
MUNKAHELY_AZON	9	Az egészségügyi szolgáltató munkahely azonosítója (intézet+feladat+osztálykód)
TORZSSZAM	9	A beteg törzsszáma
SORSZAM	2	Az ápolási esemény sorszáma
RESZ_SOR	2	Egy osztályos ápoláson belüli részszámla sorszáma
SZEMELYAZ	9	Személyazonosító jel
AZ_TIPUS	1	Azonosítás típusa
BETEG_NEME	1	A beteg neme
SZUL_DATUM	8	Születés dátuma
ALLAMPOLG	3	A beteg állampolgársága
BET_KISOK	1	A beteg kíséretének oka
KIS_TORZSSZAM	9	A kísért beteg törzsszáma
IR_SZAM	4	A beteg lakhelyének postai irányítószáma
TER_KAT	1	Térítési kategória
RESZ_DIJ	8	Részleges térítési díj
BEUTALO	9	A beutaló orvosi munkahely azonosítója
BEUT_ORVOS	5	A beutaló orvos pecsétszáma
ELL_IG_ADAT	9	Az előző ellátást igazoló adat
FELV_IDO	12	A felvétel időpontja
OSZT_TIPUS	1	A felvevő osztály típusa
FELV_TIPUS	2	A felvétel típusa
FELV_JELL	1	A felvétel jellege
TAV_IDO	12	A távozás időpontja
TOV_SORS	1	A beteg további sorsa
BETEGSEG	16*BETEGSEG	Diagnózisok
BEAVATKOZ	10*BEAVATKOZAS	Egészségügyi beavatkozások
UJSZ_SULY	4	Újszülött súlya grammban
BALESZET_MIN	2	Baleset minősítése
FELHASZN	30	Felhasználók számára fenntartott mezők
ORVOSKOD	5	Ellátásért felelős orvos kódja
REKORD_TIP	1	A rekord jellege (Javitó, Törölő, Normál)
E-ADATLAP	1	0 = nincs E-adatlap, 1 = van E-adatlap
ELSZ_NYIL	2	Elszámolási nyilatkozat
NAPIDIJ	2	Térítés vagy térítésmentesség jogcíme
TARTALEK	10	Későbbi fejlesztésre fenntartva
CR/LF	2	A rekord végét jelző "CR/LF" karakterek

Összesen : 640 byte

BETEGSEG		
BNO_TIPUS	1	A diagnózis típusa
BNO_KOD	5	A diagnózis BNO-10 ill. FNO kódja
BNO_OLDAL	1	A betegség oldalisága

BEAVATKOZAS		
B_MHELY	9	A beavatkozást végző munkahely 9 jegyű azonosítója
B_DATUM	8	A beavatkozás elvégzésének dátuma (ééééhhnn formátumban)
B_JELLEG	1	A beavatkozás jellege
B_NOSOC	1	A nosocomialis környezet minősítése
B_SEBGYOGY	1	A sebgyógyulás minősítése
B_N_FERT	1	A nosocomialis fertőzés kódja
B_ANAEST_KO D	5	Az anaesthesia módja
B_TIPUS	1	A beavatkozás típusa
B_KOD	5	A beavatkozás OENO kódja
B_OLDAL	1	Oldaliság kódja
B_DB	2	A beavatkozások száma

Technikai előírások: beküldési rekordtípusok

Kórházi kezdő rekord

A kórházi eset időrendben első osztályos esetének adatait tartalmazó rekord, vagy rekordok (folytató rekord, vagy részszámla esetén).

A kezdő rekord felvételi dátuma megegyezik a kórházi felvétel dátumával.

Kórházi záró rekord

A kórházi eset időrendben utolsó osztályos esetének adatait tartalmazó rekord, vagy rekordok.

A kórházi záró rekord távozási dátuma megegyezik a kórházi távozás dátumával.

Folytató rekord, alaprekord

Kezdetben egy rekord egy osztályos eset teljes adattartalmát leírta. Azonban az adatlapon (és a rekordokban) a diagnózisok és beavatkozások száma korlátozott (max. 16 illetve 10). Mivel idővel a rögzített számú diagnózison és beavatkozáson felül további rögzítésére is merült fel igény a megszokott osztályos rekordhoz további, folytató rekordot (rekordokat) kellett fűzni, amelyben a többlet diagnózisok és beavatkozások adatait lehetett jelölni. Így ma egy osztályos esetet egy alaprekord és nulla vagy több folytató rekord ír le teljesen.

Részszámla rekord

Mind krónikus, mind aktív ellátás esetében – a kúraszerű ellátást kivéve - a hónap utolsó napján bennfekvő betegekről részszámla rekordot kell beküldeni. A részszámla küldése nem zárja le az osztályos esetet. A beteg osztályos távozásakor egy osztályos záró rekordot kell küldeni.

Normál rekord

A jelentésekben beküldött rekordok jelölhetnek új, eddig még nem jelentett osztályos eseteket. Ezek rekordjait nevezzük normál rekordnak. A normál rekordot a REKORD_TIP mezőbe írt 'n' vagy 'N' karakter jelöli.

Javító rekord

A vonatkozó rendeletek szerint a beküldött rekordokat a kórház saját kezdeményezésre (a tárgydőszakot követő 2. hónap 10. napjáig) vagy hibalista alapján (a tárgydőszakot követő 4. hónap 10. napjáig) utólag javíthatja, módosíthatja. A javító rekord egy korábban már lejelentett normál rekordot módosíthat, felülírva annak teljes tartalmát. A javító rekordot a REKORD_TIP mezőbe írt 'j' vagy 'J' karakter jelöli.

Törölő rekord

A törölő (sztornó) rekord a javító rekord speciális esete. Azt jelenti, hogy egy korábban lejelentett rekordot semmisnek kell tekinteni (törölni kell). A törölő rekordot a REKORD_TIP mezőbe írt 't' vagy 'T' karakter jelöli.

Beküldés módja

Korábban: floppy lemezen titkosított formában

Interneten titkosított formában

Jelenleg: ellátásokról a jelentéseket az OEP részére a fokozott biztonságú elektronikus aláírással hitelesített, autentikus időbélyeget használó és rejtjelezéssel védett elektronikus rendszer útján kell megküldeni a fekvőbeteg-szakellátás során nyújtott

Informatikai feladatok a fekvőbeteg szakellátás teljesítményének elszámolásában

- Elszámolási törzsadatok létrehozása, karbantartása
- Havi teljesítmény-elszámolási alapfeladatok elvégzése
- Adatfeldolgozás utaláshoz
- Adatfeldolgozás intézetek számára történő visszaigazoláshoz
- Átsorolás HBCs verzió váltás kezeléséhez
- Struktúra és szerkezet változások kezelése

Informatikai feladatok a fekvőbeteg szakellátás teljesítményének elszámolásában - Elszámolási törzsadatok létrehozása

- szerződött intézetek állománya
- elszámolhatósági feltételek, kompetenciák állománya
- ellenőrzési kritériumok állománya
- HBCs besorolási feltételek állománya
- HBCs paraméterek állománya

Havi teljesítményelszámolási feladatok



Havi teljesítmény-elszámolási feladatok

- Az ellenőrzés több lépcsős, de egységes hibalistát kell a szolgáltatók részére visszaküldeni.
- Az ellenőrzési feladatokat meg kell ismételni, ha állomány csere történik jelentős hiba miatt
- A feldolgozási folyamat zártságát biztosítani kell, megfelelő risk-management rendszer szükséges.

Havi teljesítményelszámolási feladatok

Formai ellenőrzések a beküldött havi állományokra:

- **file formátum, rekordformátum ellenőrzés**
- **mezőformátum, mezőérték ellenőrzés: pl. diagnózis típusjel csak meghatározott értékek lehetnek**
- **logikai és tartalmi ellenőrzések**

Lehetséges tévutak és anomáliák a HBCs rendszer alkalmazásában

**Normativitás
érvényesítésének
mértéke**

alapdíj meghatározásának módja,
költségfedezet típusa

**Többféle
finanszírozási
részelem**

többféle érdekcentrum
bonyolult
ugyanaz a szempont többszörösen
megjelenhet

Választási lehetőségek - tévutak

Input - output keverése

az input menekülési úttá válhat az output hatásokkal szemben

Teljesítmény korlátozási probléma

kapacitás korlátozás nem elég
alku a kapacitáson

Új megoldások

- **Volumen korlátozás – előző évhez viszonyítva**
- **Kapacitás korlát ellenőrzése**
- **Volumen korlátozás – portfólió, degresszivitás**
- **Volumen korlátozás előre meghirdetett ár meghatározott teljesítményig (70 %) lebegő ár ezen felüli teljesítményekre az országos összeteljesítmény szerint**
- **Fix elem lehetséges szerepei**

Értékelés

Szabályozási rendszer

- **A szakmai elvekkel, prioritásokkal ellentétes szabályozási lépésekre is sor került, az előrelépés nem volt folyamatos.**
- **A normativitási kritériumok korlátozottan érvényesültek. Nem érvényesültek az amortizációra.**
- **A saját ár megszüntetésére nem a tervezett módon, egyenletes módosítással került sor. Hosszú ideig megmaradt.**
- **Az ellenőrzés későn épült ki, csak a számítógépes módszerekkel elvégezhető eljárások.**

Értékelés

Egészségpolitika

- **a kórházak belső hatékonysága növekedett, az ellátások megfelelősége (allokációs hatékonyság) nem, mivel a DRGs rendszeren kívüli tényezők területén nem történtek meg a szükséges változások**
- **minőségi elemek kerültek a rendszerbe (ellátás kontrollja, elszámolhatósági feltételek, jó minőség másik csoport)**
- **nem megoldott a kapacitás szabályozás problémája**
- **igénybevétel egyenlősége javult**

Nem tervezett hatás

- **az infláció, reálérték vesztes ellenére nem jellemző a páciensek felvételének visszautasítása**

A célok teljesítésének lehetőségei a HBCs finanszírozási rendszerben

- **Fenntarthatóság**
a kórházi kassa tartása külön szabályozást igényel (mint ahogy más output rendszerek esetén is, mint pl. tételes finanszírozás esetén)
- **Költséghatékonyság**
technikai költséghatékonyság javul, az ellátás megfelelőségével jellemezhető hatékonysági elvárás (allokációs hatékonyság) elérését már nem lehet egyedül a HBCs rendszerrel biztosítani
- **Méltányossági elv**
nem sérül, más finanszírozási rendszerekhez képest kedvezőbb