

FINANSZÍROZÁS ÉS STRATÉGIA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN I.

FINANCING AND STRATEGY IN PUBLIC HEALTH I.

TAPOLCZAI TÍMEA PhD-hallgató

Kaposvári Egyetem Gazdaságtudományi Kar Pénzügy és Számvitel Tanszék

SZENTGRÓTI ESZTER egyetemi tanársegéd

Kaposvári Egyetem Gazdaságtudományi Kar Vállalatgazdasági és Szervezési Tanszék

Abstract

Nowadays public health finance is an actual debate in Hungary. The current finance system is not acceptable for either market participant. For many reasons health is considered as a special "goods" and the State has very important role to assure the fairness and availability. What kind of strategy is countervailing for hospitals in this unfavourable situation? What sort of changes will be expected in public health finance? We will try to answer these questions. The Hungarian public health finance is not homogenous because different finance methods are used by the system. In this paper the active in-patient finance method (HBCS) will be described, because it takes more than 23% from the total public health expenditures in Hungary. This system can be derivate from the American DRGs system. Publications worldwide agree on the fact that this public health finance system is the most effective, despite of some dysfunctions. Our next publication will describe how a significant institution in the South Trans-Danube Region can deal with the dysfunctions of the HBCS system.

1. Bevezetés és célkitűzés

Jelen publikáció témája a magyar egészségügyi rendszer finanszírozása, továbbá annak bemutatása egy példán keresztül, hogy a kórházak milyen módon építik föl pénzügyi stratégiájukat a jelen körülmények között. E dolgozat terjedelmi okok miatt nem vállalkozik átfogó elemzésre. Ebből kifolyólag az egészségügy finanszírozás kérdéskörei közül a HBCS (*Homogén Betegcsoport*) finanszírozás témakörét dolgoztuk fel. A terjedelmi korlátokat és a kutatás jelenlegi fázisát figyelembe véve, cikkünket két szakaszban kívánjuk publikálni. A jelen első részben taglaljuk a HBCS finanszírozás bemutatását és aktuális kérdéseit, majd a második publikációnkban ismertetni fogjuk a gyakorlati eredményeket.

A szakirodalmak egybehangzóan egyet értenek abban, hogy jelenleg globális szinten az egészségügyi szféra egyik legnagyobb problémája az a költségrebbanás, melyet a technológiai fejlődés és a demográfiai változások idéztek elő. Ezt a költségnövekedést a gazdasági fejlődés már nem tudja követni, veszélybe sodorva az egészségügyi alapelvek megőrzését. Az úgynevezett „ingyenes és teljes körű” szolgáltatások időszakának lassan vége szakad, melyhez a jóléti rendszereknek igazodniuk kell (Kincses, 2012). A rendelkezésre álló, egyre szűkösebb forrásokat minden eddiginél hatékonyabban kellene elosztani és felhasználni, tulajdonképpen egy magasabb szintű racionális gazdálkodást igényel az intézmények részéről. A HBCS finanszírozás a felhasználható forrásokat teljesítményarányosan osztja szét a kórházak között, racionálisabb gazdálkodásra ösztönözve az intézményeket. A témakörben született publikációk nagy része egyet ért abban, hogy a HBCS finanszírozás a jelenleg működő leghatékonyabb finanszírozási forma, annak ellenére, hogy sokan bírálják hibáit vagy hiányosságait.

2. Az egészségügy mint „különleges jószág”

A gazdasági rendszereket érintő kihívások közé tartozik az egészségügy finanszírozásának kérdése, mivel a jelenlegi gazdasági növekedés nem tud lépést tartani a növekvő orvostechnikai fejlődéssel. Emellett cél a költségek visszafogása. Szinte szállóigévé vált az egészségügy kapcsán „Az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető” (Baráth, 2011) mondat, mely épp erre a kettősségre világít rá.

Mivel az erőforrások nem korlátlanok, ezért meg kell találni az egyensúlyt „Az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető” között. A szűkösön rendelkezésre álló erőforrások, optimális, hatékony felhasználásával jelentős költségsökkentés valósítható meg. Hazánkban a GDP-hez képest az egészségügyi kiadások körülbelül 7,4%-ot tettek ki a legutóbbi statisztikák (OECD) szerint. Ez az európai átlaghoz (10%) viszonyítva is alacsony. 2003 óta az egészségügyi kiadások esetében lassú növekedése volt tapasztalható, de GDP arányosan csökkenő tendenciáról beszélhetünk.

Vajon a feladat ellátásához szükséges forrás hiánya vagy a nem megfelelő forrás felhasználás jelenti a kulcsproblémát az egészségügy finanszírozásban? Vajon melyik probléma szerepel nagyobb súllyal? Vélemény-

nyünk szerint ahhoz, hogy reális képet kapjunk az egészségügy finanszírozási szükségleteit illetően, tisztán kell látni a jelenlegi erőforrás felhasználás módját, folyamatát. Vitathatatlan, hogy a gazdaságilag aktív lakosság (járulékfizetők) száma csökken, míg a szolgáltatásra nagyobb mértékben rászoruló lakosság (nyugdíjas korosztály, krónikus betegek stb.) száma nő. Emellett sem a szolgáltató, sem a fogyasztó nem költségtudatos, ugyanakkor az információs aszimmetria is jelen van, mivel az egészségügy alapjában kínálati jellegű, az orvos határozza meg a beteg számára, hogy milyen kezelés szükséges, vagyis ő generálja a keresletet (Gidai, 1998).

Az egészség közgazdasági értelemben „különleges jószágnak” számít, mivel egyedi jellegzetességekkel rendelkezik, „mással nem helyettesíthető „árucikk” hiánya lerombolja az egyén jövedelemszerző képességét, keresletét nem a fizetőképesség határozza meg, helyreállítása iránti igény időpontja, minősége, időtartalma nem tervezhető előre.” (Gidai, 1998). Összességében egy különleges piaccal állunk szemben, melyben a szolidaritás elvéről sem szabad megfeledkezni, hisz az egészségügy mint közszolgáltatás fontos, hogy mindenki számára elérhető legyen (Stiglitz, 2000). A szolidaritás elve fontos a társadalom tagjainak. Előre nem látható, nem várt események befolyásolhatják az egyén jövedelemtermelő képességét. Az állami szerepvállalás fontos e speciális területen. Vita tárgyát képezi azonban, hogy mekkora állami szerepvállalás lenne a legoptimálisabb e területen és mindezt az állam mi módon tudja biztosítani a forrást. A forrásbiztosítás tekintetében többféle egészség-finanszírozási rendszer létezik (Beveridge-féle: adókból finanszíroz, Bismarck-féle: TB járulékok, erős öngondoskodásra épülő modell: főként magánbiztosítók Pl. USA). Napjainkban a szakirodalmak szerint egyre inkább elmosódnak a korábban jól körülhatárolható finanszírozási formák. A járulékokból történő finanszírozás mellett egyidejűleg az adókból kiegészült finanszírozás is teret nyer. Az egészségügyi rendszerek tekintetében azonban egy közös pont van, ami pedig nem más mint a piaci szereplők léte (biztosított, aki a beteg, a finanszírozó, aki a biztosító, pénztár, és a szolgáltató, aki a kórház, rendelő stb.) (Bonz és mtsai, 2003): Jelen cikkünkben azonban a magyarországi rendszere helyezzük a hangsúlyt ezen belül is az aktív fekvőbeteg ellátás HBCS alapú finanszírozására, ennek előnyeire, hibáira.

1. ábra. Piaci szereplők az egészségügy piacán

Figure 1. Market participants in health care



Forrás: saját szerkesztés Boncz és mtsai., 2003 alapján

Magyarországon a finanszírozó szerepét az OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) tölti be. Az OEP és a szolgáltatók (kórházak, rendelőintézetek stb.) között szerződéses kapcsolat van. Az OEP „vásárlói szerepvállalását” az egészségbiztosítási alap költségvetése korlátozza, melyet minden év augusztusában készít el. Majd ezután a kormány és az országgyűlés véleményezi, és akár jelentős mértékben módosíthatja is. Előfordult, hogy alultervezték a költségvetést, nem volt reális a tervszám, így az előirányzathoz képest túlköltés volt megfigyelhető. Az államháztartás kiadási restriktívó átgűrűznek az egészségbiztosítási alap forrásaira is (Dózsa és mtsai, 2006). Mindez alátámasztja azt a tényt, hogy az egészségügy finanszírozása mindenképp strukturális átalakítást sürget, melyben a pazarló, nem teljesítményelvű finanszírozás, üzemgazdasági szemlélet hiánya nem megengedhető. A továbbiakban ismertetnénk a szakma szerint a jelenleg a piacon lévő leghatékonyabb teljesítmény ösztönző finanszírozási formát az aktív fekvőbeteg ellátás HBCS alapú finanszírozását és ennek diszfunkcióit egyaránt.

3. A homogén betegcsoport alapú finanszírozás bemutatása

A homogén betegcsoport (DRGs – *diagnosis related groups*) alapú finanszírozási stratégia eredetileg az Amerikai Egyesült Államokból indult ki, a Yale egyetem fejlesztésével. A rendszer eredeti funkcióját tekintve egy összehasonlító stratégiai rendszerként működött még az 1960-as években. Finanszírozó rendszerként először 1983-ban ratifikálták az USA-ban, két biztosító társaságnál a MEDICARE és MEDICAID társaság kórházaiban. A Medicare állami egészségügyi program a 65 év felettieknek, ill. rokkantak számára biztosít kórházi, valamint limitált otthoni ápolást a bruttó bér közel 1,5 százalékáért. Ennek a szolgáltatásnak létezik egy „B” csomagja, mely kiegészül a háziorvosi, járóbeteg-szakellátással, valamint a gyógyászati segédeszközök árát is támogatja. A Medicaid a szegények állami biztosítási programja. Bizonyos jövedelmi szint alatt vehető igénybe, és a szegény-ségi küszöb alatt élők gyermekeire is kiterjed. A program prevencióra, akut ellátásra és tartós ápolásra jogosít. A DRG rendszer lényege az volt és még a mai napig is az, hogy a finanszírozó az országos eseti átlagok alapján a

kórházakat előre finanszírozza. A kórházaknak ebből az előre finanszírozott összegből kell gazdálkodniuk. Ebből kifolyólag az intézmények arra vannak ösztönözve, hogy egyes esetek költségét a finanszírozott összegre vagy az alá csökkentse. A 90-es években, Amerikában ez a rendszer már elterjedtnek volt mondható (Tölgyesi, 2009). A DRG rendszer kialakítása során empirikus elemző eljárást alkalmaztak, miszerint a különböző esetek tekintetében homogén csoportokat hoztak létre, melyben minden eset azonos relatív teljesítmény értékkel, valamint relatív erőforrás-, költségigénnyel rendelkezett. A csoportokat pedig súlyszámokkal látták el, melyek kifejezik az átlaghoz viszonyítva az esetek teljesítmény értékét, valamint költségigényét.

A DRG rendszer magyarországi megfelelője a HBCS, melynek bevezetésével szemben elvárás volt, hogy csökkenjen az átlagos ápolási idő, a teljesítménnyel arányos, hatékony legyen a finanszírozás, és cél volt, hogy a járóbeteg-szakellátás javára csökkenjenek a kórházi ellátások (ez utóbbi nem valószínű, hogy a TVK járóbeteg ellátás bevezetése miatt). A HBCS kialakítása során két fontos szakterület által preferált tényezőknek is meg kellett felelni ez pedig az orvos szakma, akik mérlegelték a betegség súlyosságát, javulás valószínűségét, a gyógyítás munkaigényességét stb., valamint a gazdasági szakemberek csoportja, akik az ellátásköltséget, valamint bevétel oldalát elemezték (Kerner, 2005).

A rendszer felső és alsó határnapokat határoz meg, mely az adott betegcsoportra jellemző leghosszabb és legrövidebb ápolási időnek felel meg. Az alsó és felső határnap között a finanszírozó a teljes HBCS-nek megfelelő díjat fizeti, akkor is, ha a beteg nem tartózkodik a felső határnapig a kórházba. Az alsó nap alatt nem jogosult a teljes díjra, így a HBCS súlyszám és minimum nap hányadosa kerül szorzásra a ténylegesen a kórházba töltött napok számával és ennek megfelelően történik a finanszírozás. Amennyiben 24 órán belül elhagyja a beteg a kórházat, nem jár a HBCS szerinti finanszírozás. A felső határnapot meghaladó ápolásért a finanszírozó csökkentett ápolási nap arányos díjat számít fel (Kerner, 2005). Összességében a kórházaknak így nem érdeke a betegeket a szükséges gyógyulási idő előtt haza bocsátani. Annál is inkább, mivel a kórház kötelessége a beteget meggyógyítani újabb HBCS finanszírozás nélkül, abban az esetben, ha a beteg a felső határnapig visszatér a kórházba.

Röviden összegezzük a HBCS fő előnyeit:

- Hatékonyabb és racionálisabb működésre ösztönöz,
- Kiszámíthatóbb működés, segíti a tervezést,
- Költségek leszorítása,
- Átláthatóbb finanszírozási forma.

Technikailag a HBCS rendszer tehát kód alapú működésű, minden esetet egy kódszám jelöl, mely könnyebb adatkezelést tesz lehetővé. Ezen kívül szinte valamennyi eset besorolható, azonosítható. A csoportok mindegyike rendelkezik egy meghatározott súlyszámmal, amely az átlagos esetköltséghez viszonyított költségigényességének mértékét fejezi ki. Jelenleg 2012-ben egy HBCS súlyszám 150 ezer forintnak felel meg.

Súlyszám = adott HBCS esetköltsége/átlagos esetköltség (Kerner, 2005), tehát amennyiben a súly 2, akkor az eset elismert költségigénye az átlag kétszerese, azaz ebben az esetben 300 ezer forint.

Forintérték kiszámítása HBCS esetében: tervezett fekvőbetegkassza értéke/éves fekvőbeteg-esetszám Pl.: 300 milliárd fekvőkassza/2 millió fekvőbeteg = 150 ezer forint (Weltner, 2003).

Ezen tényezők miatt a HBCS forint értéke és a kezelés valódi költségigénye eltérhet egymástól, mivel a költségvetés a fekvőbetegkassza rendelkezésre álló forrását limitálja.

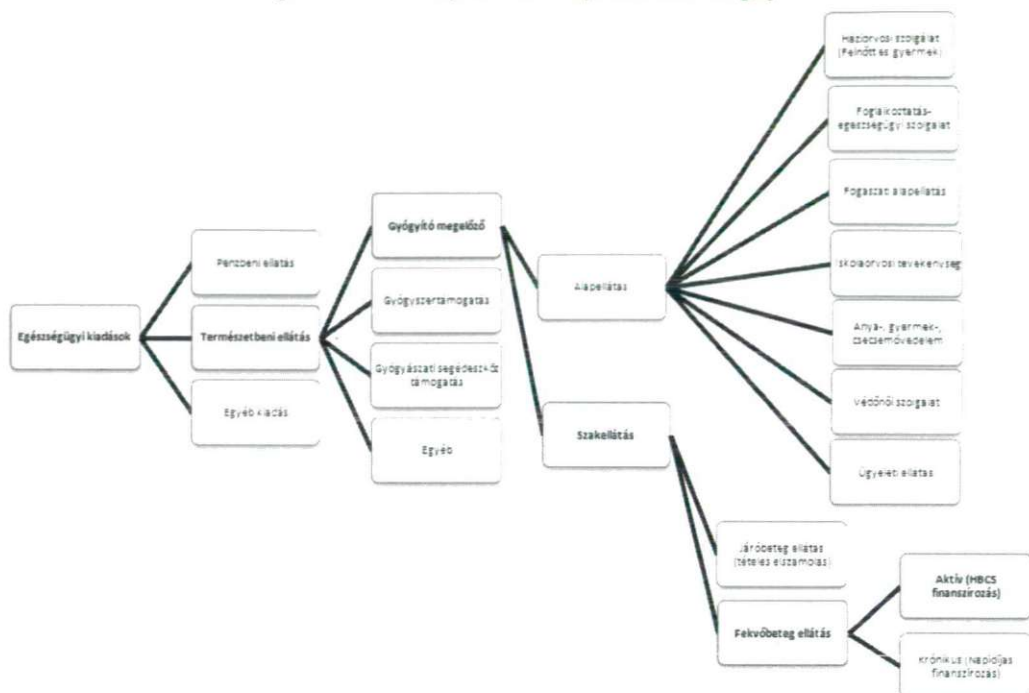
Az alkalmazott kódrendszereket folyamatosan karban kell tartani, mely számos hazai szervezet (OEP, ANTSZ, MOK, GYOGYINFOK, MGYK, Magyar Kórházszövetség, szolgáltatók, Kódkarbantartó Bizottság) feladata lenne. A kódkarbantartás szükségességét többnyire az új betegségek megjelenése illetve a technológia fejlődése és az erőforrások költségeinek emelkedése kelti életre.

Ahhoz, hogy elemezni tudjuk a hazai HBCS finanszírozás jellemzőit, először el kell helyezni a magyar egészségügy-finanszírozás rendszerében. A magyarországi egészségügy finanszírozása kétpólusú, az egyik pólus az alapellátás, melynek az lenne a szerepe, hogy a kapuőr szerepét betöltse, ezáltal gyengítse a kórházcentrikusságot, valamint a másik pólus a szakellátás, mely magasabb szakmai ellátást biztosít. A szakellátás két nagy csoportra osztható: járóbeteg-szakellátásra, melynek a finanszírozási alapja a német pontrendszer, és fekvőbeteg-szakellátásra, melyen belül az aktív fekvőbeteg-ellátás HBCS alapján kerül finanszírozásra, míg a krónikus fekvőbeteg-ellátás napi díjas finanszírozású (Tölgyesi 2009). Jelen cikk kiemelten a HBCS finanszírozással foglalkozik (2. ábra).

Magyarországon öt éves fejlesztési munkákat követően 1993-ban vezették be a HBCS alapú finanszírozást. Az évek során a rendszer több fejlesztésen esett át, jelenleg a kilencedik verzió van alkalmazásban. Azonban cikkünknek nem célja, hogy kitérjünk az egyes fejlesztési kérdésekre terjedelmi korlátok miatt.

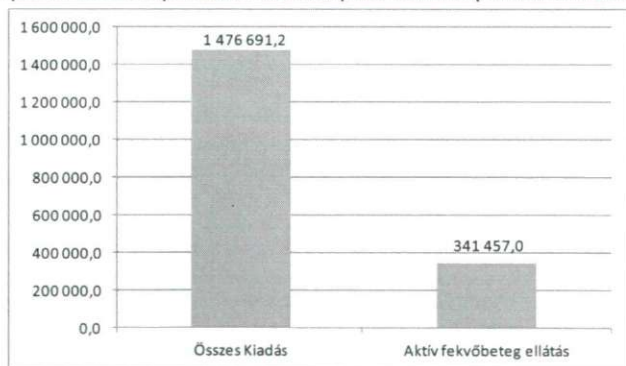
Amennyiben elhelyezzük a HBCS finanszírozást a magyar egészségügyi kiadások rendszerében, akkor látható, hogy a HBCS a kórházi aktív fekvőbeteg-ellátást finanszírozza. Ez a finanszírozási mód 2010-ben az összes egészségügyi kiadásoknak az 23,2%-át tette ki (3. ábra). Tehát összességében elmondható, hogy a HBCS finanszírozás kérdése meghatározó arányt képvisel a széleskörű egészségügyi kiadásokon belül.

2. ábra. Az egészségügyi kiadások szerkezete Magyarországon
Figure 2. Structure of public health expenditures in Hungary



Forrás: Nemzeti erőforrás minisztérium, 2012 adatai alapján saját szerkesztés

3. ábra. Aktív fekvőbeteg ellátás kiadása és az összes egészségügyi kiadás 2010-ben (millió Ft)
Figure 3. Active in-patient service expenditures and total public health expenditures in 2010 (million HUF)



Forrás: OEP, 2010 adatai alapján saját szerkesztés

A Magyarországon alkalmazott rendszer alapjaiban megegyezik az USA-ban alkalmazott DRGs rendszerrel, azonban megfigyelhetőek eltérések. Hazánkban a finanszírozás olyan súlyokat is alkalmaz, melyek figyelembe veszik az intézményi specifikációkat. Ezért fordulhat elő, hogy ország szinten egyenlőtlen a finanszírozás, annak ellenére, hogy ugyanazt a rendszert alkalmazzák. Ezen kívül a súlyszámok képzésénél az amortizációs költségeket nem vették figyelembe, csupán a működési költségeket vették alapul.

4. A HBCS rendszer főbb diszfunkciói

Mint az korábban letisztáztuk a HBCS finanszírozás egyértelműen a ma létező leghatékonyabb finanszírozási forma, melyben a téma szakértői is egyet értenek. Ám meg kell említeni a rendszer diszfunkcióit, hiszen ezek fényében lehet a rendszert tovább javítani. Elmondható, hogy ezek a negatív jelenségek minden HBCS

finanszírozást alkalmazó országban megtalálhatóak. Az egyik legrelevánsabb diszfunkció egyértelműen az *indokolatlan hospitalizáció* jelensége. A téma kényes voltát azonban nem lehet kikérülni, hiszen becslések szerint a kórházi forgalom átlagosan 20%-át az ún. „vattabetegek” teszik ki. Ennek egyik oka, hogy a HBCS rendszer magában hordozza annak lehetőségét, hogy a járóbeteg ellátásban ellátható betegeket hospitalizáljanak. Más részlől a kihasználatlan kórházi kapacitás (30% körül) az ágyak feltöltésére ösztönöz (Szummer, 2006). A „vatta HBCS”-k elleni védekezés egyik módja, hogy az érintett csoportok súlyszámát csökkentik.

A rendszer keretein belül további funkcióvesztést okoz a „*tülkódolás*” (*DRG creep*) kérdése. Gyakorlatilag a betegeket olyan magasabb szintű betegségecsoportba sorolják, amely a tényleges ráfordításoknál nagyobb ráfordítást jelent. Ez hosszú távon a finanszírozó terheit jelentősen növelte és növeli, ezért 2004-ben bevezetésre került az ún. *Teljesítmény Volumenkorlát* (továbbiakban TVK). A TVK bevezetésére azért is volt szükség, mivel elemzések kimutatták, hogy az esetek körülbelül 20%-át kórházi ellátással oldották meg annak ellenére, hogy az adott eset járóbeteg-ellátás keretében is ellátható lett volna. A TVK célja tehát az lenne, hogy a az indokolatlan kórházi kezeléseket csökkentse, a járóbeteg ellátás javára. Ennek ellenére a járóbeteg-ellátásba is bevezetésre került a TVK, mellyel a kívánt cél nem érhető el. A dolog ironiája, hogy a TVK bevezetése tovább bővíti a HBCS diszfunkcióinak listáját. A szakma egyetért abban, hogy ez elhibázott lépés volt az állam részéről, hiszen a rendszer nemcsak a fekvőbeteg-ellátásban határozza meg az elszámoltat teljesítménymennyiséget, hanem a járóbeteg-ellátásban is. Amennyiben a kórházak túllépek a meghatározott teljesítményüket, úgy a további eseteket degresszív módszerrel finanszírozza. (5%-os átlépésig 60%-on finanszíroz, 5–10%-os átlépésnél 30%-on, 10% fölött csak 10%-on.) Azaz ennek megfelelően az a célkitűzés, hogy csökkenjen a fekvőbeteg-ellátás aránya a járóbeteg-ellátás javára nem valósult meg. Ennek egyik fő következménye, hogy a jobban finanszírozott eseteket felőlőzik, a költséges eseteket pedig gyakran tovább irányítják más intézményekbe (Tölgyesi, 2009).

További diszfunkcióként fontos megemlíteni, hogy beszerzett erőforrások *költségeiről* csakis a piac „*dönt*het”. A jogszabályok ugyan meghatározhatja a súlyszámokat és a HBCS pont-forint értékét, azonban egy-egy eset tényleges költsége és a becsült költsége sokszor nem egyezik. Az eltérések több oka van. Egyrészlől az egészségügyi piac gyorsan változik, másrészlől az állami beavatkozások elkésettek és nem következtetések (Weltner, 2003).

A rendszer bírálható abból az aspektusból is, hogy *outputot mér*, vagyis a kibocsájtást méri, nem az eredményt (outcome-ot). Ma már szinte elvárás outcome-ot mérni, de fontos hangsúlyozni, hogy a HBCS rendszer eredeti célját tekintve nem is alkalmas erre a mérésre. Ennek megfelelően Magyarországon a kórházak nem is mérik az outcome-ot.

Ugyan önmagában nem csak a HBCS rendszer hibája, hanem többnyire magyarországi sajátosság, de rá kell világítani az *ellenőrzési és kódkarbantartási hiányosságokra*, mely már az egyes említett diszfunkciókat generálja. A kódolás alapú rendszer sajátossága a rendszeres karbantartási igény és a visszaélésekkel szembeni ellenőrzési igény. Viszonylag alacsony költségvonzatú (a teljes egészségügyi alap kiadásaihoz képest) tevékenységről van szó, viszont elemi fontossággal bírnak, mely a rendszert alapjaiban határozza meg.

5. Konklúzió

Ugyan cikkünk nem tért ki a járóbeteg-ellátás és -alapellátás finanszírozási kérdéseire, de a HBCS finanszírozás vizsgálata során is kiderült, hogy egyes központi szabályozásokat összhangba kellene hozni a finanszírozásokra vonatkozóan. Hiba lenne a finanszírozási rendszer csak egy elemét kiemelni és annak hibáit kidomborítani. Mivel a HBCS sikerességére hatással lehetnek a járóbeteg-ellátásban hozott egyéb intézkedések is. Nem szabad elfeledkezni az alapellátásról sem. Cikkünk ugyan nem tért ki e területre, viszont amíg itt fejkvóta alapján történik a háziorvosok finanszírozása és nem érdekelték a hatékony kapuőr szerep betöltésére, addig a kórházakra nehezedő nyomás nem enyhíthető. Tehát az egyes szereplőket érdekeltté kellene tenni a rendszer megfelelő működtetésében (lásd indokolatlan hospitalizáció kérdése).

Kényes, de ugyanakkor izgalmas kérdéseket vet fel a HBCS rendszer ellenőrzési mechanizmus. A rendszer fejlesztésre szorul, de ez egy további kutatási vonalat határozhat meg.

Emellett a kórház stratégiájának alkalmazása szempontjából kulcs fontosságú lenne a tényleges ráfordítások folyamatos mérése, és annak vizsgálata, hogy a HBCS finanszírozás és a tényleges beavatkozás költségei hogyan viszonyulnak egymáshoz. Hiszen a súlyszámok csak is ebben az esetben érthetik el valós céljukat, ami pedig az átlagos költségigény tükrözése lenne. Fontos a súlyszámok folyamatos korrigálása, monitorozása.

Azt azonban látnunk kell, hogy a HBCS rendszer nem arra hivatott, hogy az aktív ellátás finanszírozásához szükséges keretet meghatározza, mindinkább az előre meghatározott, szűkösön rendelkezése álló költségvetési előirányzatot osztja fel a szolgáltatók között (Gulácsi, 2012). Így, ha megvizsgáljuk az alábbi képletet, láthatjuk, hogy a HBCS finanszírozást két tényező befolyásolja, az egyik a súlyszám, mely kellő karbantartással megfelelő módon működtethető. A másik tényező a forintérték, ami viszont limitált a költségvetés részéről. Csupán az éves fekvőbeteg-esetszám csökkentésével lenne növelhető a forintösszeg.

*HBCS súlyszám * forintérték = finanszírozandó összeg,
ahol a súlyszám=HBCS esetköltsége/általános esetköltség, míg a forintérték = tervezett fekvőbeteg kassza
értéke/éves fekvőbeteg esetszám.*

Ezek alapján véleményünk szerint a HBCS rendszer javítását két úton lehet elkezdeni. Az egyik a kódkarbantartás és a tényleges költségek kimutatása. Itt ki kell térnünk arra, hogy az államháztartási szervek könyvvezetése forgalmi szemléletű, szemben a verseny szféra eredmény szemléletű könyvvezetésével (Adorján, Balogh és mtsai, 2012). E tekintetben nehézkes a tényleges költségek (közvetlen, közvetett) kimutatása és a valódi üzemgazdasági gazdálkodás átültetése a közzszférában.

A másik út, amin el lehetne indulni az éves fekvőbeteg-esetszám redukálása. Átgondolt új ösztönzőket lenne célszerű bevezetni, ami a járóbeteg ellátás javára növeli az esetszámokat, csökkentve az indokolatlan hospitalizációt. Emellett fontos tényező lehet egy sikeres prevenciósi folyamat, mellyel csökkenthető lenne az esetszám is. Hiszen a finanszírozási rendszerekről mindig is vitáztak a szakemberek. Egy utópisztikusabb megközelítésben arra a következtetésre juthatunk, hogy az újabb és hatékonyabb finanszírozási rendszereknek mindig is meglesznek a maguk visszatérő problémáik. Ebből következően nem csak a finanszírozási rendszerek hatékonyabbá tételét kellene hangsúlyozni, hanem azt is, hogy a finanszírozó rendszerek leterheltségét csökkentjük. Azaz a népesség egészségügyi állapotának javításával, azaz prevencióval hosszú távon kisebb teher hárulna az államra, kevesebb fejtörést okozva a szakembereknek a finanszírozó rendszerek hatékonyságának növelésére.

Felhasznált irodalom

- Adorján Richárd, Balogh László, Högye Mihály, Parádi-Dolgos Anett, Wickert Irén (2012): Közpénzügyi Menedzsment, Aula Kiadó.
- Baráth Lajos (2011): A kórházgazdálkodás problémái és annak transzparenciája. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle 49. évf., 2. szám.
- Bonzc Imre, Dózsa Csaba, Nagy Balázs (2003): Irányított Betegellátási Modell (IBM) a managed care helye a finanszírozási rendszerben, alapelvek az Amerikai Egyesült Államok példáján. In: IME II. évfolyam 4. szám.
- Dózsa Csaba, Dérer István, Boncz Imre, Takács Erika (2006): Az OPE szolgáltatás vásárlói és biztosítói szerepének erősítése, mint a magyar egészségügyi rendszer reformjának egyik fontos eszköze. 2. rész In: IME V. évfolyam 8. szám.
- Egészségbiztosítási alap előirányzott bevételei és kiadásai (2012): Nemzeti erőforrás minisztérium, letöltés dátuma: 2012. augusztus 27. <http://www.parlament.hu/irom39/04365/adatok/fejezetek/72.pdf>
- Egészségügyi Minisztérium, Országos Egészségügyi Pénztár (2005): Besorolási kézikönyv a homogén betegcsoport képzéséhez 5.0 verzió.
- Gidai Erzsébet (1998): A piac szerepe az egészségügyben –nemzetközi összehasonlítás. In: Egészségügy és piactudomány Magyar Tudományos Akadémia, Budapest 5–26.
- Gulácsi László (2012): Egészség-gazdaságtan és technológiai elemzés. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest.
- Joseph E. Stiglitz (2000): A Kormányzati szektor gazdaságtana, KJK-KERSZÖV jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest.
- Karner Tamásné (2005): Gazdálkodás az egészségügyben különös tekintettel a kórházak finanszírozására. In: Doktori disszertáció, Nyugat-Magyarországi Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar.
- Kincses Gyula (2012): A piaci betegbiztosítások egészség- és gazdaságpolitikai jelentősége, a megvalósulásuk lehetőségei II. In: IME XI. évfolyam 6. szám.
- Szummer Csaba (2006): HBCS karbantartás: az öt legfontosabb beavatkozási terület. In: IME V. évfolyam 6. szám.
- Tölgyesi Andrea (2009): A HBCS-n alapuló kórház-finanszírozás áttekintése és az innovációk beépülésének lehetősége. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle 6. szám.
- Weltner János (2003): Egyes HBCS költségelemek kezelhetőségéről különös tekintettel a bérfejlesztésekre. In: IME II. évfolyam 1. szám.