

A költség-megtakarítási stratégiák fejlesztésének lehetőségei a hazai fekvőbeteg ellátásban I. rész

Dr. Polyvás György, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórháza

A szerző dolgozatában ismerteti és elemzi a költség-megtakarítás feltételeit, illetve a hatékony fekvőbeteg-ellátás működtetéséhez szükséges segítő-támogató rendszerek bevezetésének területeit. Kiemeli a közvetlen egészségügyi költségek méréséhez kapcsolt folyamatelvű költség-súlyok, a protokollokhoz és evidenciaszintekhez rendelt finanszírozás, a tényalapú és értékalapú szolgáltatás-vásárlás bevezetésének stratégiai jelentőségét. Holisztikus megközelítésben tárgyalja a költség-haszon és a költség-hasznosság vizsgálatok jelentőségét a lakosság hosszú távú életminőségének fejlesztésében.

The author in his paper gives an overview on the main conditions as well as professional supporting sub-units of health cost-containment policies in order to improve efficiency at inpatient services. Strategic importance of introduction of process-oriented cost-weights related to direct health costing, protocol and evidence-based financing, evidence-based and value-based purchasing have also been discussed in this paper. From a holistic point of view he reports the importance of cost-benefit and cost-utility analysis in the improvement of quality of life of the population.

BEVEZETÉS

A hatékonyabb és eredményesebb egészségügyi ellátás biztosítása érdekében a fejlett országok egészségügyi rendszereiben különböző költségmegtakarítási stratégiákat alkalmaznak, amelyek az ágazati egészségpolitika részét képezik. A költségmegtakarítási politikák alapja, hogy az ellátás költségei tervezhetőek, kezelhetőek és indokolt esetben csökkenthetőek legyenek úgy, hogy a klinikai eredményekben és a hosszú távú életminőségben populációs szinten is jelentős egészségi állapot-javulás következzen be. Hazánkban a 90-es évek elején még elfogadottabb volt azon álláspont, hogy a HBCS-n alapuló elszámolási és finanszírozási rendszer önmagában is költségtakarékos gyakorlatot eredményezhet. Néhány tanulmány már akkor felhívta a figyelmet arra, hogy a teljesítmény-orientált finanszírozási rendszer hatékony működéséhez a költségmegtakarítási stratégiák bevezetése is szükséges [1].

A költségmegtakarítási rendszer hatékony működése az ágazati irányítás, a tulajdonosok és a finanszírozó(k) feladat körébe tartozik, de eredményes megvalósítása a szolgáltatók és a szolgáltatásokat igénybe vevők együttműkö-

dését is feltételezi. A korszerű költségmegtakarítás gyakorlata alkalmazza a kiadáskorlátozás módszereit, de szoros kapcsolatban áll a közösségi és népegészség tudományok (demográfia, epidemiológia, preventív medicina), a szociológia, a bizonyítékokon alapuló egészség- és orvostudományok, a biostatistika, az egészségügyi informatika, az analitikus és klinikai epidemiológia, a klinikai döntéselemzés, az egészség-gazdaságtan és a minőségfejlesztés elméletével és gyakorlatával is.

Az egészségügyi költségmegtakarítási rendszer folyamatosan elemzi és értékeli a fent ismertetett tudományterületek eredményeit és komplex módon alkalmazza azokat. E gyakorlat közvetlen kapcsolatban áll az egészségügy területén bekövetkezett paradigmaváltással. E paradigmaváltás legfontosabb eleme az, hogy a tudományos eredmények és bizonyítékok a megfelelő szinteken, a megfelelő relevanciával épüljenek be az egészségügy gyakorlatába, és a szolgáltatásokat a szolidaritás illetve a szubszidiaritás egyensúlya mellett, a méltányosság, az igazságosság és az esélyegyenlőség figyelembevételével nyújtják. Egy korszerű, multilaterális szakmai és gazdasági érdekeltségeken alapuló egészségügyi rendszerben tehát eredményesen működik a költségmegtakarítás, amely a struktúra, a kapacitások tervezése és elosztása, a forrástermelés, a forrásallokáció, a forrásfelhasználás, a hatékonyság, a tudományos bizonyítékokon alapuló szakmai gyakorlat, a hosszú távú eredményesség és a teljes körű minőségmenedzsment területén is korszerű módszereket alkalmaz.

Számos tanulmány foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy a méltányosság és az igazságosság gyakorlata hogyan valószínűsíthető meg az államháztartás nagyrendszereinek finanszírozásában. Kétségtelen, hogy a posztindusztriális társadalmak működésének egyik legfontosabb dilemmája az, hogy a társadalmi gondoskodás milyen mértéket érhet el, illetve, hogy a rendelkezésre álló források allokációja milyen szintű és típusú méltányosságot tesz lehetővé. Ezért a fejlett országokban a finanszírozás különböző progresszivitási modelljeit dolgozták ki. [2]. Ugyancsak fontos kérdés, hogy az egészségügyi szolgáltatások értékesítésénél milyen mértékben és hogyan érvényesülhetnek a piaci elvek, melyek a szolgáltatás-vásárlás legfontosabb alapelvei és módszerei, hogyan szabályozzák az egyes szolgáltatás-vásárlók közötti versenyt. Itt merül fel az a kérdés, hogy milyen mértékű legyen a választási szabadság, hogyan valósuljon meg a kockázat-menedzsment és az esélyegyenlőség. Tekintettel a korszerű egészség-gazdaságtani alapelvekre, a jóléti állam

nem hivatott arra, hogy az egészségügyi-szociális költségek maradéktalan térítésével a szolgáltatások teljes körét vásárolja meg a lakosság számára. Ugyanakkor, a méltányosság elvének figyelembevétele megköveteli, hogy a demográfiai, epidemiológiai, szocio-ökonómikus és egyéb szükségletváltozók alapján az állam vagy újraelosztó nagyszisztémái elsősorban a rászegítő, kockázatküszítő tevékenységgel fokozottan részt vállaljanak a lakosság egészségügyi és szociális ellátásában.

A rendszerváltást követően a hazai egészségügyben lezajlott finanszírozási reformot nem követte a költségmegtakarítási stratégiák összehangolt bevezetése. Néhány tanulmány integrált és folyamatorientált szemléletben tárgyalta a költségmegtakarítási módszerek bevezetését, de az átfogó reform elmaradása miatt, a javaslatok gyakorlati alkalmazásához nem álltak rendelkezésre a megfelelő szervezeti és működési feltételek [3].

A költségmegtakarítási rendszer működtetésének kulcsfontosságú területe a fekvőbeteg-ellátás, ahol az egészségügyi költségek kezelése és szabályozása igen eredményesen valósulhat meg. A fekvőbeteg-ellátás hatékony működtetésének elő- és alapfeltétele az, hogy az egészségmegőrzésben, -fejlesztésben, a betegségek korai felismerésében a prehospitalis ellátás definitív legyen, az orvosi bizonyítékoknak megfelelő és egyben kiváló szakmai minőségű szolgáltatást nyújtson a lakosság részére. A költségmegtakarítás egyik legfontosabb tényezője, hogy a fekvőbeteg kapacitások közelítsenek a lakosság ellátási szükségleteihez és ennek megfelelően, a területi egyenlőtlenségeket, a szocio-ökonómikus rétegződést, a foglalkozás-egészségügyi, a migrációs és az etnikai viszonyokat is figyelembe vegyék az ellátórendszer kapacitásainak és volumenének tervezésében. Fontos, hogy az ellátott populáció egészségi állapotára nézve specifikált közösségi diagnózist állítsunk fel, azaz az egyes régiókra, térségekre és kistérségekre nézve is pontos, differenciált demográfiai és epidemiológiai adatokkal rendelkezünk.

A korszerű költségmegtakarítás közvetlen kapcsolatban áll a differenciált forrásallokáció gyakorlatával, a piac szereplőire vonatkozó összetett érdekeltségek működtetésével, a hatékonyság és a hosszú távú eredményesség fejlesztésével. A megtakarítás, illetve bevételnövekmény közép- vagy hosszú távon jelentkezik. A költségmegtakarítás elsősorban nem a kiadások korlátozását, hanem – a megfelelő szerkezeti és működési kereteket feltételezve – a ráfordítások megtérülését ösztönzi. A költségmegtakarítás így, a minőségileg/rokkantságmentesen megélhető életévek, az ezzel összefüggő munkaképesség-fennmaradás, a teljesebb aktivitás, a biztosító(k) által fizetett közvetett egészségügyi költségek csökkenése és a meghatározott mértékű egészségjavulás révén járulhat hozzá a komplex egészségjobbító tevékenységhez [4].

A KÖLTSÉGMEGTAKARÍTÁS FELTÉTELEI ÉS ALRENDSZEREI

A hatékony költségmegtakarítási rendszer bevezetésének legfontosabb alapfeltételei az alábbiak:

Struktúraátalakítás és szükségletorientált szolgáltatástervezés. Alapvetően fontos a szolgáltatási szintekhez rendelt kompetenciák áttekintése és fejlesztése. Ez a szolgáltatási alap- és kiegészítő (rászegítő) kapacitások, az ellátási súlypontok, a szakmai profilok, a szolgáltatás-specifikus szakellátási prioritások meghatározása, a szükségletbecslés, a szolgáltatási rendszer termelési hatékonyságának, eredményességének és a szolgáltatások minőségének fejlesztése alapján valósulhat meg.

Klinikai eredmények hosszú távú értékelése. A bizonyítékokon alapuló klinikai döntés- és eredményelemzés, a vonatkozó klinikai epidemiológiai vizsgálatok áttekintése és metaanalízise, az eredmények közvetlen alkalmazása a szakmai tevékenységben, valamint a minőségügyi standardok, indikátorok és protokollok technológiaspecifikus meghatározása hozzájárulhat a bizonyítékokon alapuló szolgáltatásvásárlás kialakításához. A hasznossági súlyok és társadalmi preferenciaértékek meghatározása és a fogyasztói elégedettség vizsgálatok a hosszú távú eredményértékelés elengedhetetlen feltételei.

A költségek és az eredmények összetett, hosszú távú elemzése. A költségnövekedési trendek, az allokációs és technikai hatékonyság vizsgálata, a technológiák költséghatóságának és költséghatékonyágának javításához járulhat hozzá [5, 6].

A költségmegtakarítási rendszer hatékonyságának fejlesztéséhez, az alábbi támogató alrendszerek bevonása és fejlesztése szükséges:

Az ellátott célpopuláció strukturális demográfiai, népmozgalmi, leíró és analitikus epidemiológiai szükségletváltozóinak, szocio-ökonómikus, foglalkozás-egészségügyi és etnikai helyzetének folyamatos elemzése és értékelése: az eddig is magas színvonalon működő demográfiai és epidemiológiai vizsgálatok módszertanát mindenképpen szükséges abban az irányban fejleszteni, hogy a régiók, megyék, városok adatai mellett, a városrészek (kerületek), a kistérségek, illetve a kisebb közösségek, a különböző szociális, gazdasági rétegek, csoportok, valamint az egyes nemzetiségek és etnikumok tekintetében is rendelkezünk specifikus demográfiai és epidemiológiai mutatókkal. A vizsgálatok ezen típusa eredményesen tárhatják fel a népesség demográfiai változásának trendjeit (éves születés, öregedés), a halálozás sajátosságait (kor- és halálok-specifikus mortalitás), az élettartam mutatóit (várható élettartam, többlethalálozás, elveszített potenciális évek, elkerülhető halálozás), a morbiditási struktúrát (incidencia, prevalencia, ismert és rejtett morbiditás aránya) és a különböző kockázati tényezők hatását is. A kor, nem,

foglalkozás, iskolai végzettség, etnikum és migráció szerint fennálló különbségek és egyenlőtlenségek vizsgálata differenciált tanulmánytervezést igényel. A közösségi diagnózis felállítása – amely az ápolói, védőnői oldal és az önségítő, közösségorientált, problémamegoldó kiscsoportok együttműködését is feltételezi – a lakosság egészségi állapotának meghatározásában és utánkövetésében is fontos. A földrajzi, a szocio-ökonómikus, a foglalkozási és az etnikai helyzetből adódó különbségek ugyanis nemcsak a különböző populációk egészségi állapotában okoznak jelentős eltéréseket, de az egészségügyi ellátórendszer irányában fennálló igények, elvárások és igénybevétel tekintetében is meghatározóak lehetnek. A pontos közösségi diagnózis megfelelő alapot biztosíthat az egészségügyi ellátás kapacitásainak, volumenének, szakmai súlypontjainak, prioritált szakterületeinek tervezésében és a kockázat kiigazítás mértékének és módjának kialakításában is [7]. Egészségfejlesztési és egyben biztosításpolitikai szempontból is fontos, hogy a lakosság életmódjára, egészség-magatartására és egészségfejlesztési módszereire nézve releváns adatokkal rendelkezünk. A különböző nem fertőző betegségek kockázati tényezőinek felderítése és szűrése, az öngondoskodás, a szolidaritás és az egészségtudatos magatartás átfogó gyakorlatának együttes megteremtése a hatékonyabb kockázatközösségek kialakításának és az eredményesebb jövőképek is alapvető feltétele. Ezáltal az egészségnevelési stratégiának és gyakorlatnak a decentralizált, kisközösségi és családi alapokon nyugvó, problémamegoldásra orientált egészségfejlesztést kell ösztönöznie [8]. A modern epidemiológia az analitikus (eset-kontroll) és intervenció tanulmányok (preventív beavatkozások és szűrési programok hatékonyságának elemzése) terén a vizsgált populációban az erős és gyenge oki összefüggések, valamint a járulékos kockázati tényezők szerepét is feltárja. A fent ismertetett vizsgálatok elméleti alapját az elméleti epidemiológia és az experimentális tanulmánytervezés (mint önálló tudományág) biztosítja, amely a biostatiszтика módszereit alkalmazva, a vizsgálatok tervezését, a mintavételezés módszertanát, a reprezentativitás és validitás elemzését, az összefüggések erősségének, konzisztenciájának, specifikitásának, időbeliségének, biológiai plauzibilitásának és koherenciájának vizsgálatát jelenti [9].

A szolgáltatói rendszer termelési hatékonyságának és eredményességének vizsgálata és fejlesztése: A költségmegtakarítás eredményességének egyik legfontosabb eleme az, hogy az ellátottak és az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények is érdekeltek legyenek a hatékonyabb szolgáltatás megvalósításában.

A takarékosan és eredményesen működő egészségügyi rendszerekben az egészségügyi fekvőbeteg-ellátó intézmények saját intézményi szintű költségelemző, költséghatékonysági, bizonyítékokon alapuló egészségügyi technológiaértékelő tevékenységük révén releváns adatokat biztosíthatnak az irányító-finanszírozó oldal részére. Az irányítók, finan-

szírozók és szolgáltatók között a hatékony szakmai kommunikáció a több csomópontos hálózati kapcsolatokat biztosító informatikai rendszerek bevezetése révén valósulhat meg. A fenti területeken tehát fontos lenne az intézmények elemző tevékenységének fejlesztése. Megfelelő informatikai rendszert feltételezve, a kórházak folyamatosan szolgáltathatnak orvos-szakmai és gazdasági adatokat, amelyek az irányításban és a finanszírozásban végzett döntéselőkészítő és döntéshozatali munka fontos forrását képezhetik.

A kórházakban végzett vizsgálatok tervezésében, lebonyolításában és értékelésében egészség-gazdaságtani és epidemiológus szakértők együttműködése is szükséges. A különböző szolgáltatóknál végzett vizsgálatok eredményeinek értékeléséhez és összehasonlításához azonos alapelveken működő vizsgálati módszertanra és egységes informatikai háttérre van szükség. Amennyiben az ágazati költségmegtakarítási politika a jövőben fokozottabban épít a közvetlen elemzések eredményeire, a tanulmányok metaanalízise elengedhetetlen feltétele annak, hogy a költségmegtakarítási rendszer tervezésében a nyert adatokat figyelembe vehessék.

A fentiek alapján, a szolgáltatók termelési hatékonyságának és eredményességének fejlesztésben az alábbiakban leírt tevékenységek fejlesztése indokolt.

A közvetlen egészségügyi költségek egyes technológiákra specifikált pontos meghatározása.

Az egészségügyi beavatkozások során keletkező közvetlen költségek meghatározására a mai napig csak igen kevesen vállalkoztak [10]. Ennek fő oka az egységes módszertan hiánya, illetve a költségek mérésének munka- és időigényessége. Kétségtelen, hogy a közvetlen költségek mérése körültekintő utánkövetést és regisztrációt igényel, mert ezek nélkül egy beavatkozás teljes közvetlen költsége pontosan nem határozható meg. Az egészségügyi költségek legfontosabb típusainál (anyag- és eszköz-, laboratóriumi, gyógyszer- és diagnosztika költségek) ugyanakkor csak a közvetlen költségmérési módszerek vezethetnek értékelhető eredményre. E költség típusok nagyságrendjének ismerete a szolgáltatóknak és a finanszírozóknak közös érdeke.

Az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő fogyasztó ugyancsak érdekelt ellátása költségeinek megismerésében. Az egészségügyi költségek egységes, de részletezett és egyben tematikus elemzése, illetve az ezen alapuló szolgáltatói ellátási számla (ún.: „betegszámla”) a szolgáltató, a finanszírozó és az ellátott számára eredményes és használható módszerré válhat a tényleges költségek feltárásában és szabályozásában. Egyes közvetlen egészségügyi költségtípusok (bérköltségek, szolgáltatói rezszi költségek, élelmezés, mosodai szolgáltatások, egyéb kiegészítő orvos-szakmai és nem orvos-szakmai szolgáltatások költségei) esetében azonban nem mindig célszerű közvetlen mérési

módszereket alkalmazni. A fentiek miatt, a költségkulcsok, a vetítési alapok és módszerek, ezáltal az egy technológiára számított költségek meghatározása ugyancsak fontos módszertani kérdés. E gyakorlat feltételezi a karbantartott kontrolling, gyógyszerészeti, humánpolitikai és pénzügyi adatbázisok integrált, üzemgazdasági szemléletű, összehangolt működését.

A primer és szekunder közvetlen egészségügyi költségek mérésénél egy-egy technológia esetében nagyobb számú azonos beavatkozás vizsgálata indokolt. Optimális elemszám mellett, a mintavételezésben elsősorban az átlagos ápolási idejű, klinikai indikációknak minden tekintetben megfelelő, szövődménymentes eseteket célszerű elemezni. Fontos megvizsgálni azt is, hogy milyen protolloknak megfelelően és milyen evidenciaszinten valósult meg az ellátás és az milyen további többletköltségeket implikált. Ezáltal jó közelítéssel határozhatjuk meg a szövődménymentes, klinikai bizonyítékok alapján végzett beavatkozások közvetlen egészségügyi költségeit. Számos esetben, a társult betegségekkel kezelt, szövődményes beavatkozások közvetlen költségeinek meghatározása is indokolt. E vizsgálatok célja, hogy a klinikailag összetettebb, magasabb ellátási költséggel kivitelezett technológiákra nézve is rendelkezünk értékelhető eredményekkel.

Különösen jelentős a nozokomiális szövődményekkel járó beavatkozások értékelése, ahol a célzott antibiotikum-terápia alkalmazása jelentős többletköltségeket okoz. E vizsgálatoknak azért is van nagy jelentősége, mert a kórházakban észlelt és kezelt nozokomiális infekciók egy része behurcolt fertőzés, amelynek kezelése során a szakmai következményeket és a gazdasági terheket egyaránt az adott intézménynek kell viselnie. A nozokomiális fertőzésekben alkalmazott különböző antibiotikum-kezelések költségkövetkezmény-számításait is célszerű elvégezni.

Az eredmények biostatistikai elemzésénél az alábbi átlományokat indokolt megvizsgálni:

- A mért közvetlen költségek összegeinek átlagai vs. HBCS-térítések.
- Azonos közvetlen költségtípusok átlagai vs. HBCS-súlyszámtömb súlyai alapján meghatározott térítés.
- A mért és számított beavatkozás-specifikus költségek összegzése alapján számított teljes költségátlagok vs. HBCS-térítés.

A közvetlen költségmérések módszereit tekintve fontos, hogy a megfelelő adatlapokon, naponta regisztráljuk a különböző anyagok és eszközök, az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok és az alkalmazott gyógyszerek mennyiségét, jelezzük a napi diagnosztikus és terápiás döntéseket, a technológia befejezését követően pedig, azok a legfontosabb klinikai paraméterek és állapotmutatók (pl.: Karnofsky index) is rögzítésre kerüljenek, amelyek a közvetlen klinikai eredmény (surrogate outcome) értékeléséhez szükségesek. Egy adott beavatkozás bérköltségét a beavatkozás hasznos időtartamára (pl.: műtét) számított bruttó bérral határozhatjuk

meg úgy, hogy a beavatkozásban való tényleges részvétel idejét (percben) regisztráljuk, és az időtartamhoz hozzárendeljük a bruttó bérhányadot.

A KÖLTSÉGMÉRÉSEK KIVITELEZÉSE, HASZNÁLATA

A vizsgálatok kivitelezésében célszerű, ha a kezelést végző szakorvos, továbbá egészség-gazdaságtani szakértő, klinikai epidemiológus, adatrögzítők és egészségügyi informatikusok mellett pénzügyi, kontrolling- és gyógyszerész konzulensek is részt vesznek.

Egy beavatkozás közvetlen egészségügyi költségeinek és teljes költségének meghatározását követően a HBCS-k szerinti térítésekkel hasonlíthatóak össze a vizsgálati eredmények, illetve a mért költségek a HBCS-k súlyszámtömbjeinek súlyaival is összehasonlíthatók. Vizsgálható, hogy a beavatkozások közvetlen orvosi- és nem orvosi költségei hogyan viszonyulnak az I. és II. fedezeti pontokon definiált költségekhez (melyik fedezeti ponton válik veszteségesé egy beavatkozás). A primer és szekunder közvetlen egészségügyi költségek arányai, illetve az ágy/ápolási napra számított költség-bevétel egyenlegek meghatározása pedig fontos beavatkozás-specifikus költséginformációt jelent. E módszerek alkalmazása lehetőséget biztosít arra, hogy komplex módon határozzuk meg az ellátás során ténylegesen keletkező egészségügyi költségek és a térítések arányait, viszonyait és kapcsolatait.

A közvetlen költségelemzések eredményeit az intézmény menedzsmentje hatékonyan építheti be stratégiai tervező, kontrolling, pénzügyi és komplex értékelő-fejlesztő tevékenységébe, amennyiben olyan rendszeres elemző munka folyik, melynek eredményei szakmai tanulmányok és a gyógyító-ellátó osztályok részére készült javaslatok és ajánlások formájában kerülnek összefoglalásra és közlésre.

Természetesen a vizsgálati elemzések és eredmények alapján folyamatos utánkövetést kell végezni a korábban vizsgált technológiákban bekövetkező költség-, szakmai-besorolási és finanszírozási változások alapján. Fentiek figyelembevételével célzott javaslattetelek készítése, illetve a vizsgálatok megisméltése, az adatok karbantartása és összehasonlító elemzése is fontos. A vizsgálatok részletes módszertanát és eddigi eredményeit illetően a vonatkozó szakmai tanulmányokra és előadásokra utalok, amelyek a Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórházában 2001-2007 között folyamatosan végzett költségelemző munka eredményeit ismertetik [11, 12].

Amennyiben a közvetlen egészségügyi költségek mérése és elemzése egységes módszertani elvek, informatikai háttér és eredményértékelési rendszer keretei között több fekvőbeteg intézményben is megvalósulhat, lehetőség nyílik a közvetlen költségátlagok meghatározására és a folyamatelvű (egyensúlyi) költségűlyök képzésére. A folyamatelvű költségűlyök alapját képezhetik a jelenlegi térítések karbantartásának, illetve a korrigált fejkvóták meghatározásában és fejlesztésében is kulcsfontosságú szerepük

lehet. A protokollokhoz és evidenciaszintekhez rendelt költség-súlyozás pedig a klinikailag releváns ellátás költségeiről is pontos információt nyújthat.

A HBCS JELENLEGI KÖLTSÉGTARTALMÁRÓL

A jelenlegi HBCS-k belső tartalmát képező súlyszám-tömbök (részsúlyok) a rendszerszemléletű karbantartás hiánya miatt, statikus módon, korábbi költségmérések eredményeit konzerválták, ahol az egyes súlyok alapján meghatározható költségtérítések jelentős mértékben alulmaradnak a tényleges költségráfordításokkal szemben. Az egyes súlyok szerint definiálható térítések egymáshoz viszonyított arányai ugyanakkor nem tükrözik a közvetlen költségelemzések alapján meghatározott tényleges költségarányokat. A súlyszám-tömbök súlyainak karbantartása csak a valós közvetlen költségek átlagainak meghatározásán alapulhat, illetve az egyes súlyok karbantartása csak rendszerszemléletben, a többi súlyhoz viszonyított ökonometriai arányértékek vizsgálatával és – szükség esetén – modifikációjával valósítható meg. Korábban végzett elemző vizsgálataink (2001-2002) azt mutatták, hogy egy adott súly költségértékéhez viszonyított tényleges költségnövekményt egy vagy több további súly költségértéke – tekintettel a ténylegesen keletkező, alacsonyabb közvetlen költségekre – ellensúlyozott. Így az adott HBCS súlyszáma és az aktuális forintérték alapján meghatározható teljes térítés lefedte a tényleges közvetlen költségráfordításokat. Jelenlegi vizsgálataink (2006-2007) azonban már azt mutatják, hogy a súlyszám-tömbök súlyai alapján számított költségátlagokhoz viszonyítva a mért közvetlen költségek átlagai felfelé szórnak, azaz a súlyok költségértékeit a tényleges közvetlen költségráfordítások a legtöbb súlyszám-tömb esetében meghaladják. Ezáltal a legtöbb vizsgált technológia költsége már az első fedezeti ponton negatív egyenleget mutat [11, 12].

A fent ismertetett tények alapján a folyamatelvű százalékos költségviselések (költségsúlyok) képzésének legfontosabb módszertani alapelvei az alábbiak szerint foglalhatóak össze:

- Azonos és különböző típusú közvetlen költségek átlagának meghatározása, az eloszlások és szórások elemzése a jelenleg érvényben levő súlyokkal való összehasonlításban.
- Különbözeti költségátlagok képzése.
- A különbözőzeti költségeknek komplementer költségként való meghatározása.
- A funkcióval arányos költségmegosztás, azaz a költség-súlyozásnak az alábbi elveken kell nyugodnia:
 - A teljes átlagos funkcióköltség százalékos költség-részegeinek (súlyok) meghatározása.

- A módszertani szűkítés elve alapján, a legnagyobb költséghányadot viselő részköltségek súlyozása.
- A súlyok alsó és felső limitjeinek meghatározása.
- A súlyok alapján a teljes funkció költségérték meghatározása.
- A technológiák funkcióköltség-átlagai alapján, a besorolási értékek meghatározása.
- Költségsúlyokon alapuló korrekciós szorzók képzése:
- A legjelentősebb közvetlen költségnövekmények meghatározása, a súlyszám tömbök súlyozása.
- A költségnövekmény-átlagok definiálása, a növekményekkel ekvivalens korrekciós szorzók képzése.
- A súlyokhoz rendelt korrekciós szorzók ökonometriai vizsgálata (arányok elemzése, a súlyszám-tömb belső szerkezetének vizsgálatával).
- Modellvizsgálatok kivitelezése reprezentatív vizsgálati mintákban. [13, 14.].

A folyamatelvű költség-súlyoknak a közvetlen egészségügyi költségeken alapuló képzése tehát megköveteli a HBCS-k belső tartalmát képező 50 elemű súlyszám-tömb súlyainak elemzését az egyes technológiák közvetlen költségeivel való összehasonlításban, melynek módszertanát és a vonatkozó modellvizsgálatok eredményeit a közeljövőben, külön tanulmányban jelentjük meg (feltáró súlyszám-tömb-elemzés, 2007).

Több biztosító által finanszírozott egészségügyi ellátást és differenciált szolgáltatásvásárlási gyakorlatot feltételezve, a folyamatelvű költség-súlyok definiálása az egészségügyi árképzésnek is alapvető eleme lehet, miután pontosan meghatározható a szolgáltatás önköltségi ára. A szabályozott piaci mechanizmusokat is integráló egészségügyi rendszerben fontos megismernünk a költségek szerkezetét, illetve elemeznünk a költségtrendek alakulását is. E szempontból az egyik legfontosabb tényező, hogy konstans költség-rugalmasságot feltételezve a szolgáltatások árai hogyan képezhetők le a költség-súlyokból (vö.: Cobb-Douglas típusú költség-függvény). Ugyancsak fontos, hogy a százalékos költségviselések ismeretében mely költségekből és milyen arányokban képezhető le a szolgáltatás ára (vö. költség-súlyok ökonometriai elemzése).

Az egészségügyi szolgáltatások árképzési gyakorlatának kialakítása természetesen nem jelenti azt, hogy az adott technológiák „értékesítésében” szabad piaci elvek érvényesülhetnek. A térítések, továbbá a közvetett és közvetlen hozzájárulások meghatározásában azonban figyelembe kell venni a szolgáltatások árát, illetve egyes, a biztosítási rendszer által nem vagy csak részben térített szolgáltatások esetében az árképzési ajánlásoknak is fontos szerepe lehet a szabályozott piaci verseny kialakításában, működtetésében és a piaci folyamatok szabályozásában is.

Tisztelt Olvasóink! Cikkünk folytatását és a Szerző bemutatását lapunk következő számában olvashatják.