

MH Központi Honvédkórház Égéssebészeti Osztály,
Dokumentációs és Informatikai Osztály*

Az égési sérültellátás finanszírozásának problémái

Dr. Halmy Csaba orvosfőhadnagy,
Dr. Szűcs András orvosalezredes,
Karátsonyi Annamária*

Közlésre érkezett: 1997. május 10.

Kulcsszavak: sérültellátás finanszírozása

A MH Központi Honvédkórház Dokumentációs és Informatikai Osztálya által készített éves statisztikai kimutatás szerint 1995-ben a Központi Honvédkórházban az Égéssebészeti osztályon keletkezett egy betegre jutó legnagyobb veszteség: 210.000 Ft. Ennek megértése érdekében vizsgálták a szerzők az égési sérültellátás gazdasági jellemzőit: a sérültellátásból adódó költségeket és a finanszírozásból származó bevételt.

Három hónap beteganyagát vizsgálták arra keresve a választ, hogy mi jellemzi a gazdasági szempontból eredményes és ráfizetéses kezelést. A vizsgált időszakban 20 beteg kezelése volt nyereséges, 20 betegnél veszteséges.

Véleményük szerint a jelenlegi finanszírozási rendszer éppen az égett betegeknek nélkülözhetetlen intenzív ellátás költségeit nem biztosítja, sőt, adataikból úgy tűnik, hogy csak az egész kis kiterjedésű, 6-7%-os, átlag egy héten belül gyógyuló égési sérülés kezelése nyereséges.

A MH Központi Honvédkórház Dokumentációs és Informatikai Osztálya által készített éves statisztikai kimutatás szerint 1995-ben a Központi Honvédkórházban az Égéssebészeti osztályon keletkezett az egy betegre jutó legnagyobb veszteség: 210.000 Ft. Ennek megértése érdekében vizsgáltuk az égési sérültellátás gazdasági jellemzőit: a sérültellátásból adódó költségeket és a finanszírozásból származó bevételt.

A költségek egy része az egészségügyi ellátásból adódó direkt költségek, ide

tartozik a gyógyszer, a vegyszer, a kötszer, a fogyóanyag, az infúzió, a transzfúzió, a szérumfehérje-pótlás és a laboratóriumi, valamint a röntgen-diagnosztikai költségek. Ez összesen 17 millió Ft volt (I. táblázat).

A költségek másik csoportja az indirekt költségek, ide tartoznak a bér, a dologi kiadások, amely a mosoda, konyha, stb. költségeket jelenti, továbbá ennek az ÁFÁ-ja, a rezsiköltség és a megosztott költségek. Ez összesen 33 millió Ft volt (II. táblázat).

Egészségügyi költség	Ft	%
antibiotikum	3 000 000	17,5
gyógyszer	2 400 000	14,0
vegyszer+magisztrális	500 000	3,0
kötszer	1 300 000	8,0
fogyóanyag	3 000 000	17,5
infúzió	1 000 000	6,0
transzfúzió	1 200 000	7,0
szérumfehérje pótlás	3 00 000	19,0
labor+rtg	1 4000 000	8,0
összesen	17 000 000	100,0

I. táblázat: A direkt költségek megoszlása

Egyéb költség	Ft	%
bér+TB	14 600 000	44,0
dologi	800 000	2,5
ÁFA	1 200 000	3,5
beteglétszám arányos	1 200 000	3,5
rezsi	5 200 000	16,0
eü. diagnosztika (megosztott)	1 500 000	4,5
központi irányítás+jutalom	8 500 000	26,0
összesen	33 000 000	100,0

II. táblázat: A indirekt költségek megoszlása

Tehát a betegek kezeléséből adódó közvetlen költség az összköltségeknek csupán egyharmada.

Az egészségügyi költség összetevői közül egyik sem mutat kiugró értéket, az indirekt költségek között a legnagyobb összeg a bérjellegű kiadás volt. Arányokat tekintve ez nagyobb, mint egy izraeli égési osztályon, de kevesebb, mint az Egyesült Államokban [1].

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a Homogén Betegségcsopor-

tokba történő besorolás alapján finanszírozza a sérültellátást. A besorolás 1995-ben az ápolást indokló fődiagnózis és a beavatkozás szerint történt. Ennek megfelelően az égett betegeket négy csoportba sorolták:

- 20%-nál nagyobb kiterjedésű égés, ez 8 súlypontot jelent,
- 20%-nál kisebb kiterjedésű égés, amelyet transzplantációval kezelünk, ez 3,2 pontot jelent,

- 20%-nál kisebb kiterjedésű égés, bizonyos műtéti eljárásokkal, 3,9 pontot jelent,
- nem kiterjedt égés műtéti eljárások nélkül, 1,6 pontot jelent.

Egy súlypontért a kórházunk 50.000 Ft-ot kapott, égési sérültellátás esetén a súlypontot az akkor még érvényben lévő „traumaszorzó”-val szorozhatuk, így egy súlypont 6.500 Ft-ot jelentett.

A súlypontokat úgy állapították meg, hogy átlagos kezelési idő esetén a beteg kezelése kifizetődő legyen. Ez az átlagos kezelési idő a HBCS táblázatban normatív napként jelenik meg

hogy korszerű égési sebkezelés mellett, az égett beteg kezelésére égett testfelszín százalékanként 1 napot kell számítani. Így elméletileg egy 20% fölötti égési sérült ellátása nem is lehet nyereséges.

Három hónap beteganyagát vizsgáltuk arra keresve a választ, hogy mi jellemzi a gazdasági szempontból eredményes és ráfizetéses kezelést. 1995. 10. 23. és 1996. 01. 23. között 40 beteget vettünk fel az osztályra. Kiemelten, esetenként vizsgáltuk az antibiotikum, labor, transzfúzió és plazmafehérje-pótlás költségeit. Az egyéb költségeket az 1995. évi költségek alapján átagoltuk a terápiás napok száma szerint. Ez 15.500 Ft-ot jelen-

HBCS	Meghatározás	Min.	Max.	Norm.	Súlysz.
457	Kiterjedt égés (20%-tól)	5	56	17	7.98588
458P	Nem kiterjedt égés (20% alatt) bőrátültetéssel	1	43	20	3.26601
495P	Nem kiterjedt égés (20% alatt) sebkezeléssel és egyes műtéti eljárásokkal	1	46	12	3.92337
460M	Nem kiterjedt égés műtéti eljárások nélkül	2	44	11	1.64855

III. táblázat: Égési sérülés besorolása HBCS szerint

(III. táblázat). Ez azt jelenti, a HBCS kézikönyv szerint, hogy egy vizsgált időszakban Magyarországon a 20% fölötti kiterjedésű égési sérülteket átlag 17 napig kezeltük. Ez önmagában értelmetlen és magyarázza az égési sérültellátás finanszírozási problémáit. Irodalmi adatokból is tudjuk,

tett terápiás naponként.

A vizsgált időszakban 20 beteg kezelése volt nyereséges, 20 betegé veszteséges. Az összbevétel 11 millió Ft, az összköltség közel 14 millió Ft volt. A veszteség közel 3 millió Ft.

A két csoportot matematikai statisztiz-

	Nyereséges (n=20)	Ráfizetések	p
életkor átlag	43,1	53,3	0,07
súlypont átlag	5,2	5,8	0,24
bevétel átlag	260.000 Ft	290.000 Ft	0,24
TBSA átlag	6,76%	15,92%	<0,05
ABSI átlag	4,42	6,8	<0,000
kiadás átlag	110.000 Ft	546.000 Ft	<0,000
teljesítmény átlag	+150.00 Ft	-290.000	<0,000
ápolási napok átlag	6,2 nap	30,4 nap	<0,000
nozokomiális infekció	1 beteg	12 beteg	
antibiotikum költség átlag	5.000 Ft	31.000 Ft	<0,05
laboratóriumi költség átlag	5.000 Ft	31.000 Ft	<0,05
plazmafehérje-pótlás átlag	0 Ft	37.000 Ft	<0,05
transzfúzió átlag	0 Ft	6.500 Ft	<0,01

IV. táblázat: Nyereséges és veszteséges kezelések összehasonlítása

tikai módszerrel hasonlítottuk össze (IV. táblázat).

Az átlagéletkor 43, illetve 53 év volt, a különbség nem szignifikáns.

A nyereséges és a veszteséges csoportban érdekes módon az átlag súlypont közel azonos volt, és így nem volt szignifikáns különbség a két csoport bevétele között sem.

Ugyanakkor a sérülés kiterjedésének az átlaga a ráfizetések csoportban kétszeres volt a nyereséges csoporthoz képest. Hasonlóképpen szignifikáns különbség mutatkozott a rövidített égsúlyossági indexben (ABSI) is, amely a beteg életkorát, az égési sérülés kiterjedtségét, mélységét, légúti égést és a nemet is figyelembe veszi.

Ebből adódóan talán érthető, hogy a

kezelési költség átlaga ötszörös volt a ráfizetések csoportban a nyereséges csoporthoz képest. A nyereséges csoportban a nyereség átlag 150.000 Ft volt, a ráfizetések csoportban a veszteség ezzel szemben átlag 290.000 Ft volt. Mivel magyarázható ez a különbség?

Jelentős különbséget találtunk a két csoport között a kezelési időben, a nozokomiális fertőzések előfordulási gyakoriságában, és ebből adódóan az antibiotikum terápia költségében, valamint a laboratóriumi költségekben és mint látható, a nyereséges csoportot olyan betegek képezték, akik nem szorultak plazmafehérje-pótlásra, sem transzfúzióra, azaz talán mondhatjuk, nem szorultak intenzív terápiára.

Véleményünk szerint a jelenlegi fi-

nanszírozási rendszer éppen az égett betegeknek nélkülözhetetlen intenzív ellátás költségeit nem biztosítja, sőt, adatainkból úgy tűnik, hogy csak az egész kis kiterjedésű, 6-7%-os, átlag egy héten belül gyógyuló sérülés kezelése nyereséges.

Az 1996-ban történt módosítás értelmében a kiterjedt égették csoportjába már csak 40% fölötti kiterjedésű égési sérülés esetén sorolhatók a betegek, azonban a csoportot jellemző 17 napos normatív kezelési idő nem változott és természetesen a súlyszám sem, csak annak forint értéke csökkent. Az 1997 január 1-től érvényes besorolási rendszert kézikönyv hiányában még nem ismerjük, így jelenleg még nem tudjuk, hogy a változások hogyan befolyásolják az égési sérültellátás finanszírozását.

IRODALOM

[1.] Eldad, A. et al: The cost of an extensive burn survival. Burns 1993, 19: 235-8.

1st.Lt. Cs. Halmy M.D.M.C.,
Lt.Col. A Szűcs M.D.M.C.,
Annamária Karácsonyi

Problems of financing burn care in Hungary

According to the annual statistics prepared by the Logistic Department of the Central Military Hospital, the greatest financial deficit was produced by the Burn Department in 1995: 210.000 HUF/patient. In order to find explanation, we studied the financial aspects of burn care: the cost of the treatment and the reimbursement.

Treatment of a group of patients at our department during a three-month period was studied to find the reasons for profitable and non-profitable treatment. 20 treatments were found profitable and 20 non-profitable. According to our opinion the present system of health care financing does not provide adequately for the critical care of severe burn patients, data providing that only the treatment of minor burns (6-7%) - recovering within a week - profitable of those, which recover within a week.

Dr. Halmy Csaba o.fhdgy.
1553 Budapest, Pf. 1.