

A laborkassza helyzete Magyarországon

Kővári Orsolya¹, Dr. Dózsa Csaba², Dr. Pál Miklós³,

¹ Állami Egészségügyi Ellátó Központ, ² Miskolci Egyetem, ³ Dunakeszi Szakrendelő

A magyar egészségügyi ellátórendszerben elérkeztünk a struktúra-átalakítás újabb hullámához, a háttér-szolgáltatások elemzéséhez és a területi integráció folytatásához. Napirendre került az egészségügyi háttér-szolgáltatások működésével kapcsolatos problémák feltárása, szisztematikus elemzése. Ehhez illeszkedve vizsgáltuk meg a labordiagnosztika ellátását és finanszírozási adatait az ÁEEK, az OEP és egyes egészségügyi intézmények teljesítmény és finanszírozási adatai alapján.

A laboratóriumi vizsgálatok a 2005-ben kidolgozott minimumfeltételek mellett, nagyságrendileg változatlan finanszírozási szabályok szerint történnek ma is. E terület működéséhez létrehozott zárt laborkassza az elmúlt években alig változott, nagyságát tekintve 2006-2014 között évente 21-22 milliárd Ft között ingadozott. A labordiagnosztika finanszírozása nem követte a szakpolitikai intézkedéseket, a lakossági igények, elvárások alakulását és az orvosszakmai szabályok változását sem. Szükségessé vált egy átfogó labordiagnosztikai szabályozási, fejlesztési koncepció kidolgozása, valamint a finanszírozási szabályok újragondolása.

The Hungarian healthcare system arrived at a new wave of structural changes, at the reorganization of support services and at the carrying on of territorial integration. Problems related to the operation of support services and their revealing and analysis have recently been placed on the agenda. Our study on the supply and financing of laboratory diagnostics were adjusted to the current situation, data source consists of the data of ÁEEK (National Health Services Center) and OEP (National Health Insurance Fund) as well as that of the performance and financing data of certain health care institutions.

Based on the results of the analysis of the laboratory activities, it may be stated, that it still works according to the minimum requirement and the funding rules established in 2005 (and unchanged ever since in extent). The formerly set up so-called capped laboratory sub-budget has remained almost unchanged in the past years as to the extent of its sources: during 2006-2014 it has fluctuated around 21-22 billion HUF/year. The financing of laboratory diagnostics did not follow the policy measures of the profession and the evolution of needs and expectations of the population and changing professional rules. There arose a necessity to develop a broad concept for the regulation and promotion of laboratory diagnostics and for the reestablishment of funding rules.

BEVEZETÉS

Az egészségügyi ellátás eredményességéhez nagymértékben hozzájárulnak a diagnosztikai háttér-szolgáltatások, melyek közül a leggyakrabban igénybevett szolgáltatás a klinikai laboratóriumi vizsgálat. A laborvizsgálatok megkérdőjelezhetetlen fontossága és szükségessége mellett, az elmúlt évek során egyre többször jelentkeznek a laboratóriumok működtetésével és finanszírozásával kapcsolatos problémák az egészségügyi intézmények mindennapjaiban. A hazai egészségügyi ellátórendszerben évek óta több szinten zajlik a struktúraváltás [4], területi (mezo) szinten a kórházak közötti kapacitáskoncentráció és profiltszítítások, intézményeken belül pedig (mikro szint) az épület és telephely racionalizálás. Mindkét folyamat során felül kell vizsgálni az egészségügyi háttér-szolgáltatások kapacitásait és a szolgáltatásnyújtás feltételeit. A makro szintű változások pedig joggal vetik fel a kérdést, hogy a 2006-ra kialakult zárt kassza keretek valóban megfelelő fedezetet nyújtanak-e az ellátórendszer változó szolgáltatási palettájának, valamint a fejlődő technológiai háttérrel végzett orvosi tevékenységek magas szintű kiszolgálására. A kutatás/vizsgálat célja az volt, hogy megismerjük a laborvizsgálatok finanszírozására szolgáló kassza jelenlegi helyzetét, anomáliáit, befolyásoló tényezőit, továbbá amennyiben lehetséges, kerüljenek ki-dolgozásra a beavatkozási pontok.

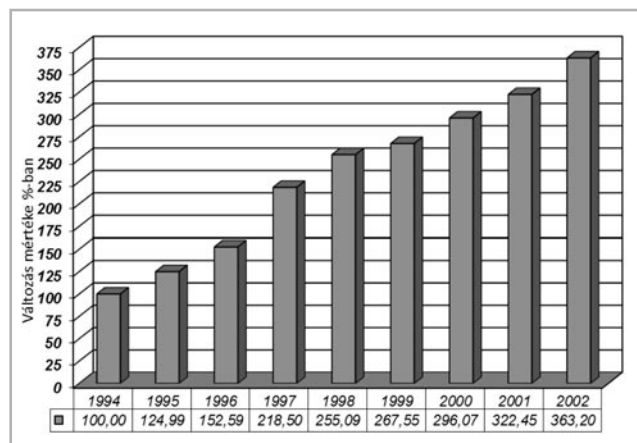
AZ ELEMZÉS MÓDSZERTANA

A kutatás alapjául az ÁEEK rendelkezésére álló, az OEP által finanszírozott laborvizsgálatok éves teljesítményadatai – esetszám, beavatkozás szám, pontszám, forint – szolgáltak. Az adatok feldolgozását a leíró statisztika módszereivel végeztük el. A kasszarendszerű kifizetéseket mind nominális, mind reálértéken is megvizsgáltuk.

Első lépésként a laborkassza kialakulását, majd a laborkassza jelenlegi helyzetét kívánjuk bemutatni a 2002-2013 közötti teljesítmények elemzései alapján, melyekből kiindulva a problémák okára is megpróbálunk rávilágítani. Végezetül megoldási javaslatokat, beavatkozási pontokat rögzíteni.

EREDMÉNYEK

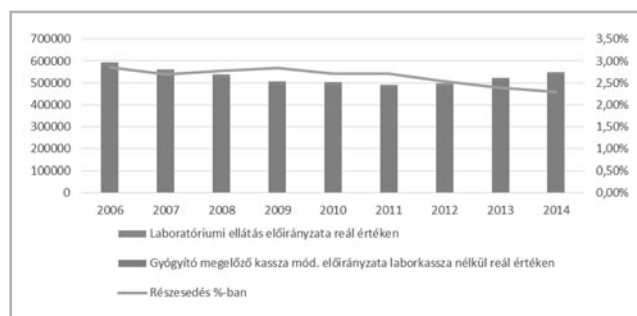
A '90-es évek során a laborvizsgálatok a járóbeteg szakellátási kassza szerves részét képezték. Az elvégzett laborvizsgálatok száma (egy estre jutó beavatkozások száma) és az esetszám folyamatos növekedést mutatott 1994-2002 között, melyhez kapcsolódó teljesítmény adatok változását az 1. ábra mutatja.



1. ábra
A járóbeteg szakellátás teljesítményének változása %-ban 1994-2002 között (Forrás: Dr. Pál Miklós)

A teljesítményekben bekövetkezett folyamatos növekedés szükségessé tette a laborvizsgálatok finanszírozására szolgáló kassa leválasztását a járóbeteg szakellátás kasszájáról, mely beavatkozással a többi járóbeteg szakellátás finanszírozása, finanszírozási díjának értékállósága stabilabbá vált. A laborkassa 2002-ben került kialakításra, külön költségvetési sorként feltüntetve, lebegőpontos zárt kassza-ként működtetve, mely a járóbeteg szakellátásban végzett laborvizsgálatok és a PCR vizsgálatok (ezen belül elkülönített) fedezetére szolgált. A kassa működésének szabályozásában 2006 volt a következő mérföldkő, amikortól kezdve a kassa forrásainak (PCR vizsgálatok költségkeretével csökkentett része) 70%-át fix Ft/pont értéken rögzítette az OEP (1,5 Ft/pont) és teljesítmény volumen keretként (TVK) osztotta szét az ellátási kapacitással rendelkező köz- és magánszolgáltatók között. Az e fölötti kassarész esetében pedig maradt az ún. lebegő pontos finanszírozás, mely pontok értéke 8 év alatt (2006-tól 2014-ig terjedő időszakban) a kezdeti 67 fillérről mára 23-25 fillérre esett vissza. Méretét tekintve azonban e keret nagyságrendileg a mindenkor Gyógyító-megelőző ellátások éves előirányzatának csupán 2,9 – 2,4%-át tette a vizsgált időszakban.

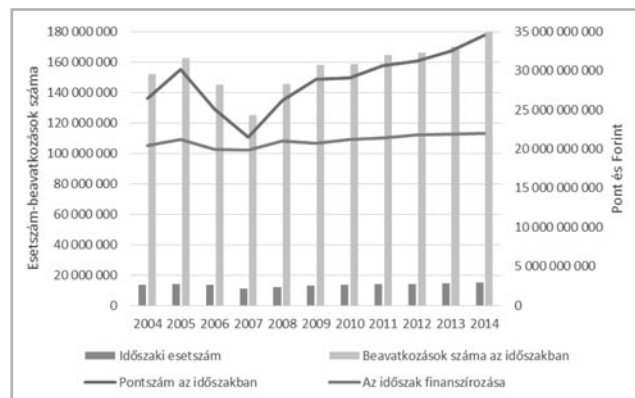
Amellett, hogy a laborvizsgálatok fedezetére szolgáló keret – mely évente hozzávetőlegesen 21 milliárd forint a PCR vizsgálatok költségvetésével együtt – nagyságrendileg



2. ábra
A laborkassa részesedése a Gyógyító-megelőző kasszából reálértéken millió Ft-ban és változása %-ban (Forrás: OEP/ÁEEK)

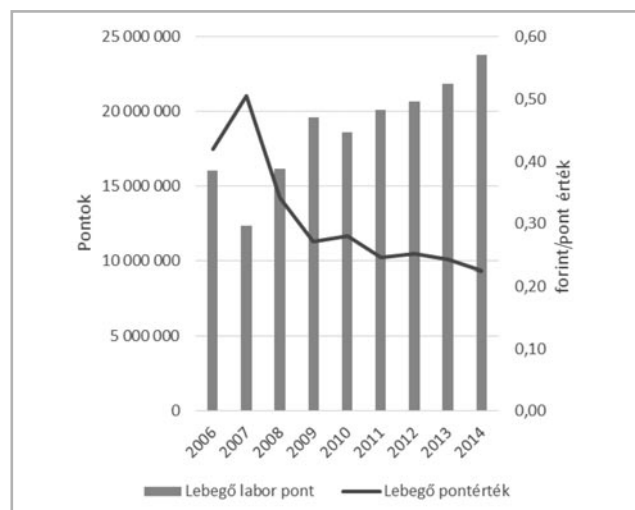
nem változott az elmúlt 9 évben, a Gyógyító-megelőző kasszából való részesedése folyamatosan csökken (2,9%-ról 2,4%-ra, 2. ábra)

A 3. ábra a vizsgált időszak teljesítmény adatait mutatja be, melyen jól látható hogy a 2007. évet követően az esetszám 15%-kal, a beavatkozásszám 14%-kal, a pontszám 19%-kal emelkedett, mely tendencia ezen években folyamatos volt. A teljesítmények éves költségvetési előirányzata azonban ugyanezen időszak alatt csupán 4%-kal emelkedett.



3. ábra
A laboratóriumi teljesítmények alakulása 2004-2013 között (Forrás: OEP/ÁEEK)

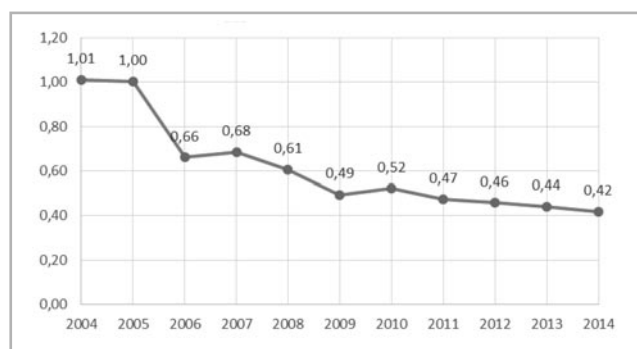
A vizsgálatok volumene és finanszírozásuk – a laboratóriumi teljesítmények 2004-2013-as adatai alapján – degresszív képet mutat, ami annak köszönhető, hogy a szolgáltatók egyre nagyobb vizsgálatsszámmal igyekeztek növelni bevételeiket, növelni kassa részarányukat. A többlet teljesítményekből adódó finanszírozási hiány az intézmények többségénél tovább növelte az eladósodottságot, a folyamatos pénzügyi korlát pedig számos esetben a gyógyítás hatékonyságát és minőségét is veszélyeztetheti az elma-



4. ábra
A TVK-n felüli laborpontok mennyiségének és forint/pont értékének alakulása

radt, de a megfelelő terápiás döntések meghozatalánál nélkülözhetetlen, értékes laborvizsgálatok elmaradása révén, mely negatív hatást tovább kell vizsgálni. Ezt a szigorú pénzügyi korlátot támasztja alá a 4. ábra is, melyen szembevetőd a laborpont Ft értékének rohamos csökkenése.

Mivel a laborvizsgálatok díjazása nagymértékben függ azok volumenétől, a TVK átlépését követően a megszerezhető forintérték előzetesen csak becsülhető. Az 5. ábra azt hivatott bemutatni, hogy 2004-2013 között hogyan alakultak a teljes Ft/pont értéken finanszírozott teljesítmények. Míg 2004-ben minden vizsgálat 100%-on volt finanszírozva, addig 2013-ban az összes elszámolt vizsgálat csupán 42%-a került kifizetésre 1,5 forinton.



5. ábra

A teljes (1,5 Ft/pont) értéken finanszírozott teljesítmények aránya 2004-2014 között

Fenti adatok alapján a laborkassza elérte létrehozásának célját abban a tekintetben, hogy a vizsgálatok volumenének (folyamatos) változása csupán kismértékű költségvetési hatást eredményezett, nem terhelve tovább a költségvetést.

A vizsgálat eredményeiből jól átható, hogy a laborkassza 2002-es létrehozása óta a változatlan körülmények és finanszírozási feltételek már nagymértékben eltérnek a valóságtól – mint például a vizsgálati volumenek, egységköltség, – mely szabályozási módosítások és a kassza összegének



6. ábra

A laborkassza teljesítményét befolyásoló tényezők

konszolidálása nélkül a szolgáltatók tevékenységét illetve gazdálkodását veszélyezteti.

A laborkassza teljesítményét a finanszírozási korláton (TVK) túl számtalan pénzügyi-gazdasági, humánerőforrás és szakmai tényező is befolyásolja, melyet a 6. ábra szemléltet.

Ezen tényezők közül – a korábban részletezett finanszírozási tényezőkön kívül – a kereslet indukciót, az input szabályozás hiányát, informatikai hiányosságokat emelnénk ki, melyek korrekciójával csökkenthetők, racionalizálhatók lennének a vizsgálatkérések és a végzett vizsgálatok volume is, ezáltal növelve a lebegő Ft/pont értéket.

SAKMAI PROTOKOLLOK HIÁNYA

Kevés a szakmai protokoll, nincs meghatározva, hogy a progresszivitási szinteken szakmaködként, szakterületenként milyen vizsgálatok kérhetők, illetve kötelezően kérendők egyes speciális gyógyszeres terápiákat megelőzően.

A laborvizsgálatok számának növekedését befolyásolhatja a beteg szempontjából szükségtelen vizsgálatok kérése. A diagnosztikai vizsgálatok, kiemelve ezek közül a laboratóriumi vizsgálatokat, kulcsfontosságúak a gyógyításban, mivel csak a laborvizsgálat adott klinikai helyzetben való diagnosztikai értékének ismeretében lehet helyesen értékelni a vizsgálatok eredményét és megfelelő klinikai döntéseket hozni (beteg gyógyszerelését, ellátását illetően). „A feleslegesen kért vizsgálatok okai között elsősorban a vizsgálatok ismételt elrendelése, a nem a diagnózisnak megfelelő vizsgálatok kérése és a rutinszerű vizsgálatkérés szerepelt. Fontos jelenség, hogy a felesleges vizsgálatok mértékét maguk a megrendelők is hasonló mértékűnek jelölték, ezzel ők is tisztában vannak.” [1]

Kiemelkedően az alapellátásban fordul elő a „mindent bele” elv, mely azt jelenti, hogy a laborkérő nyomtatványon közel az összes vizsgálatot kéri a háziorvos, anélkül, hogy átgondolná adott beteg egészségi állapotához szükséges vizsgálatok relevanciáját.

A szakmai protokoll hiányából adódó magas teljesítmény adatok finanszírozási szempontból is aggályosak. Szakterülettől függetlenül „kiemelt okként jelentkezett az, hogy a klinikai társzaktmák, az ún. megrendelők, nincsenek tisztában az egyes vizsgálatok költségeivel, és sok felesleges vizsgálatot végeztenek velük.” [1]

KERESLET INDUKCIÓ

A laborkassza TVK-t meghaladó teljesítményét a szükségtelen vizsgálatok, vagy a feleslegesen gyakran ismételt vizsgálatok is indukálhatják, melyet az orvos és a beteg egyaránt kezdeményezhet. A lakosság egészségtudatosabb életvitale abban is megmutatkozik, hogy az ellátó rendszer első szintjén (alapellátás) igyekszik információhoz jutni egészségi állapotát tekintve (melyet, ha a közfinanszírozott ellátásban nem tud megszerezni, akkor magánszolgáltató-

hoz fordul). Ennek folyamánként kéri háziorvosát teljes körű laborvizsgálat kezdeményezésére, melynek szakmai alapja és értéke nincs, mely még inkább alátámasztja a költségvetést megterhelő vizsgálatok esetlegességét, szervezetlenségét.

Jogi szabályozás szerint a laborkérések indokolatlanságát nem bírálhatja felül a vizsgálatot végző szolgáltató, a finanszírozó pedig csak adott vizsgálat díjtételének kifizetését tagadhatja meg egyes esetekben, magát a vizsgálat elvégzését nem. A megrendelő – beteg, háziorvos, szakorvos – nem költségérzékeny, vizsgálatkérés indokoltsága nincs vizsgálva a szolgáltató vagy finanszírozó részéről – mivel jogszabályilag nincs rá mód – így a laborvizsgálatok száma folyamatosan emelkedik.

Ugyanakkor a laborkassza teljesítményében nem jelennek meg a jelenleg nem megfelelően gondozott krónikus betegek számára időben, és a megfelelő rendszerességgel nem kért, de szükséges laborvizsgálatok, melyek számának becsléséhez további vizsgálatokra van szükség.

A laborkassza teljesítményében tehát egyszerre van jelen a szükséges vizsgálatok elvégzésének hiánya és a feleslegesen végzett vizsgálatok többlete.

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PREVENCIÓS ÉS SZŰRŐPROGRAMOK

Az elmúlt évek folyamán nagy hangsúlyt kaptak és kapnak a mai napig a lakosság egészségi állapotának megőrzésével, illetve javításával kapcsolatos prevenciós programok. Az Európai Unió támogatású fejlesztési programok körében a TÁMOP 6.1.-es intézkedéscsoport szolgálja ezeket a célokat, melyek keretében százas nagyságrendben valósultak meg projektek az elmúlt években, több százezer embert mozgósítva az egyes primer és szekunder prevenciós programokban. Az ezen programok által, akár indirekt módon generált többlet labor diagnosztikai vizsgálati igények fedezetül nem jelent meg többletforrás az egészségügyi szolgáltatók TVK-jában, és külön keret sem került hozzárendelésre, elkülönítésre erre a célra. Működésükkel kapcsolatban megjegyzendő, hogy mivel a beküldőnek nem kell feltüntetni a vizsgálatkérés okát, a szolgáltatóknál jelenleg nem mutatható ki számszerűen ezen programok által indukált vizsgálatok száma és aránya. Az alapellátásban dolgozó orvosok vizsgálatkéréseinek volumenét és jellegét tovább befolyásolhatja az idén elfogadott Alapellátási törvény [5], mely végrehajtása során a háziorvosok kompetencia szintje és tevékenységi köre is kibővíthet.

KONTROLL, KOMMUNIKÁCIÓ ÉS INFORMATIKAI RENDSZER

Az orvos-szakma részéről jelentkező befolyásoló tényezőkön túl – de kapcsolódva hozzájuk – problémát jelent a kontroll, a kommunikáció, az informatikai rendszer hiányossága is.

Mint az alapellátás laborigényénél már említettük, sem a szolgáltató, sem a finanszírozó nem ellenőrzi – mivel jelenlegi jogszabályi háttér szerint nem teheti – a vizsgálatok szükségességét. E szempontból a kassza teljesítménye nem kontrollálható, nem szankcionálható, sem a szolgáltató, sem a finanszírozó részéről, átfogó minőségi szabályozás, és orvosszakmai protokollok, irányelvek alkalmazása nélkül továbbra is a zárt kassza szabhat határt a még magasabb teljesítményeknek.

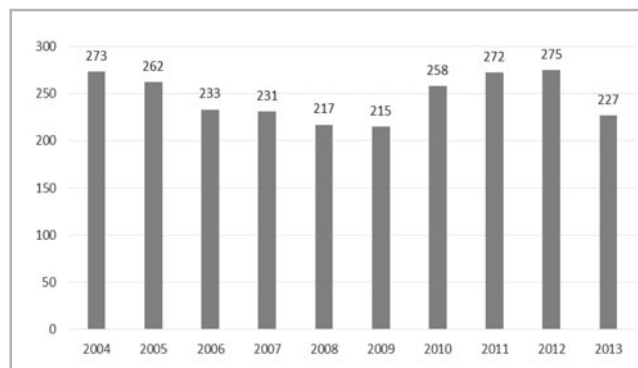
A protokoll hiányosságaiból adódó laborvizsgálati többlet tovább kumulálódik az ágazat informatikai hiányosságai miatt. Az egészségügyi technológiák (diagnosztikai eszközök) fejlődése mellett sajnos jellemző a magyar rendszerre a közfinanszírozott intézmények informatikai eszközeinek elmaradása a kor fejlettségi szintjétől (illetve nyugati országok szintjétől). A meglévő számítógépek alacsony teljesítménye gátat szabhat egy fejlett és gyors informatikai hálózat kiépítésének, mely lehetővé tenné a diagnosztikai vizsgálatok eredményeinek megjelenítését intézményen belül vagy intézmények között (akár az ellátórendszer különböző szintjei között). Mivel az ehhez szükséges informatikai háttér sok esetben nem áll rendelkezésre, vagy a meglévő hálózatok nem egységesek, illetve nem kompatibilisek egymással, a különböző szakterületek illetve az ellátórendszer különböző szintjei nem tudnak a betegek körelőzményéhez, vizsgálati eredményeihez akár több évre visszamenőleg hozzáférni. Egy időben több betegséggel rendelkező vagy góckutatásban résztvevő páciens esetében szakmánként kérnek hozzávetőlegesen ugyanolyan adattartalommal bíró laborvizsgálatokat, ahelyett, hogy csak az adott szakma számára releváns vizsgálatot kérnék meg egyszer.

A labordiagnosztika fejlődésével új vizsgálatok jelentek meg, melyek finanszírozó általi befogadása tovább növelte a laborkassza kiadását. Ez a megnövekedett kiadás éppen a technológia fejlődésével lehetne csökkenthető, hiszen bizonyos laborvizsgálatok már kiválthatók lennének alapellátás illetve járóbeteg szakrendelés során elvégezhető gyors teszt vagy point of care technológia segítségével, melyek egyrészt azonnali eredménnyel szolgálnak, másrészt költségcsökkentő hatása is lenne, mivel csak indokolt esetben végeznének laborvizsgálatokat.

SZOLGÁLTATÓK SZÁMA (ÖSSZETÉTELE) – MINŐSÉG

2013-ban Magyarországon 227 szolgáltató végzett laboratóriumi vizsgálatot (7. ábra), mely 152.034.944. darab beavatkozást jelentett. Ha ebből az egyetemek és a nagy megyei kórházak teljesítményét (35,6 millió beavatkozás) levesszük, nagyságrendileg 116 millió beavatkozás marad a 173 szolgáltatóra. Így statisztikailag elérhető a 100.000 vizsgálat szolgáltatónként, de ezt a limitet mégsem tudja teljesíteni minden szolgáltató, már csak a területi elhelyezkedésükből adódóan sem.

Az Egyesült Királyságban „Az Országos Laboratóriumi Intézet korábbi felmérése szerint az analitikai hibák aránya az évi 300 000 vizsgálatot el nem értő klinikai kémiai labo-



7. ábra

A laborszolgáltatók számának alakulása 2004-2013 között (saját ábra, forrás: OEP- ÁEEK)

ratóriumokban 15,7%, 300 000–800 000 vizsgálati szám mellett 8,6% és a 800 000 vizsgálatot meghaladó laboratóriumokban 6% volt” [2].

A KSH jelentése szerint 2013-ban Magyarország lakossága 9 908 798 fő volt, melyet 227 szolgáltató látott el, azaz egy szolgáltatóra 43 ezer lakos jutott. Ez az arány már jobb, mint a 2003-as, de még mindig alacsony az Egyesült Királysághoz képest.

Fentiek alapján összefüggés van a laborvizsgálatok minősége és a szolgáltatók száma között, mert az alacsony vizsgálati számot produkáló intézmények sokkal magasabb hibaszázalékkal dolgoznak. Ebből következik, hogy a vizsgálatok megismétlésére lehet szükség, mely többletköltséggel járhat.

„A minőségileg elégtelen laboratóriumi leletek, vélemények következményei:

- a diagnózis megállapítása késik
- további vizsgálatokra kerül sor
- elégtelen laboratóriumi leletre alapozott téves diagnózis alapján „gyógykezelés” indul „[3].

A minőség többi lehetséges aspektusa a vizsgálatokhoz használt tesztek minősége (szavatossági idő betartása), a minőségbiztosítási előírások betartása, körvizsgálatok elvégzésének kötelezettsége, melyek be nem tartása, elmulasztása szintén költségnövelő tétel lehet, valamint a betegbiztonságot veszélyeztetheti.

DEMOGRÁFIA

Magyarország lakossága sajnálatos módon folyamatosan csökken (1981 óta közel 800 ezer fővel), korösszetételét tekintve pedig a nyugat-európai tendenciához hasonlóan idősödő társadalom. A technológia és az orvostudomány fejlődésével egyre több emberélet menthető meg (régén gyógyíthatatlan betegségek egy része mára már gyógyítható) így a lakosság egyre nagyobb része élheti meg az idős kort.

A demográfiai változással kiemelt területté válik a krónikus ellátás, mivel a krónikus betegségekben szenvedők állapotának (pl. gyógyszer-szint) kontrollálása révén a laborvizsgálatok száma növekedni fog.

FINANSZÍROZÁS – PONTÉRTÉK FELÜLVIZSGÁLATÁNAK HIÁNYA

A járóbeteg szakellátás finanszírozási egységét jelentő németpont felülvizsgálatának szükségessége több alkalommal felmerült a szolgáltatók részéről, szakmától függetlenül. A laborszakma területén ez hatványozottabban jelentkezik, mivel közvetlen költségigénye igen magas, és mivel a laborkassa teljesítménye (elszámolt beavatkozások száma) folyamatos növekedést mutat, a felülről zárt kassa teljesítmény-optimalizálásra készteti a szolgáltatókat, mivel csak így tudják kassa részarányukat, bevételüket maximalizálni.

A németpont forintértéke bevezetése óta nem sokat változott (1,36 Ft-ról emelkedett 1,5 Ft-ra 7 év alatt), azonban azok a költségek, melyek fedezetére ezt az értéket megállapították, már messze eltávolodtak a 2005/2006-os szinttől. A pontértékeket nem korrigálták semmilyen tényezővel sem, így az infláció, új technológiák magasabb költsége sem lett figyelembe véve az elmúlt időszak alatt.

Az új technológiák költségein túl a kiadási oldalt tovább terheli az intézmények, szolgáltatók bérköltsége, mely az elmúlt hét év során nem sokat változott, de ezzel sem lett korrigálva a pontérték.

Finanszírozás szempontjából fontos tényező, és a laborkassa teljesítményét is növelte, hogy a laborvizsgálatok nagy része a fekvőbeteg ellátásból átkerült a járóbeteg ellátásba, hiszen ez legalább – ha egyre alacsonyabb szinten is – de további bevételt jelent az intézmények számára. Ezzel szemben a HBCs-n keresztül finanszírozott fekvőbeteg ellátásban végzett laborvizsgálatok nem hoznak bevételt az intézményeknek. A HBCs értékén belül a laboratóriumi vizsgálatok finanszírozása nem éri el a 2%-ot, és a kórházak működésében sincs erre dedikált forrás.

A finanszírozás oldaláról további költségnövelő elemként jelentkezik az utazási költség címén kifizetett költségtérítés, hiszen a vérszállítás finanszírozási összege, mely csak közígazgatási határon túli szállításra vonatkozik, kevesebb, mint a betegek számára kifizetésre kerülő utazási költségtérítés. Ez a díjtétel bizonyos vizsgálatok esetében már háziorvos által elvégezhető gyors tesztekkel helyettesíthető lenne, mellyel a költségvetés terheltségét is csökkenteni lehetne.

ÖSSZEGZÉS – ZÁRÓ GONDOLATOK

A labordiagnosztikát nem lehet eltemetni egy felülről zárt, lebegtetett kasszában, melynek az értékállóságáról közel 9 éves időszakban nem gondoskodtak az aktuális kör-mányzatok.

A kassa további elemzéséhez elengedhetetlen megvizsgálni az elmúlt évtized trendjeit: az egyes főbb tevékenység típusok (pl. immunkémia, vér szerológia) milyen arányt képviseltek az egyes években a laborkassa finanszírozásában, és mi a dinamikája az egyes tevékenységeknek.

A laborkassa további elemzésében fontos figyelembe venni a keresleti oldal változását is, nem csupán a belső

szerkezeti változásokat. A labordiagnosztika finanszírozásának átalakításában és részben anyagi konszolidációjában meghatározó elemként jelentkezik a gyógyítás trendjeinek vizsgálata (egyenre szabott gyógyítás, új gyógyszerterápiás lehetőségek). Továbbá milyen tényezők befolyásolják a laborvizsgálati kéréseket? Ezek a kérések mennyire megalapozottak? Például a növekvő számú és volumenű nagyértékű, vagy tételes finanszírozású gyógyszeres terápiák indikálását megelőző protokoll szerint elvégzendő több ezer forintos laborvizsgálatok növekvő száma mekkora terhet ró, az amúgy zárt finanszírozású kasszára? Vagy az elmúlt időszak egészségpolitikai intézkedései, Európai Unió pályázatainak megvalósítása milyen többlet vizsgálatsszámot generál a labordiagnosztikában? Ilyenek példaként a háziorvosi indikátor alapú teljesítmény finanszírozás rendszere 2010-es bevezetése óta, vagy a 2013-tól EU-s támogatással megvalósuló

Egészségfejlesztési Irodák prevenció, szűrési tevékenységei nyomán keletkező többlet vizsgálatsszámok.

Természetesen az is vizsgálandó, hogy milyen arányban merülnek fel feleslegesen (elévülési időn belül) ismétlődő vizsgálatok, vagy olyan vizsgálati paraméterek kérése, melyek meghatározása többletköltséggel jár, és amelyeket az orvosok később nem használnak fel a klinikusi döntések meghozatala során.

A labordiagnosztika iránti igény (kereslet) elemzésének azonban arra is fel kell hívnia a figyelmet, hogy hány szükséges vizsgálatkérés marad el a gondozatlan betegek körében. Ezt leginkább az egyes kiemelt krónikus betegségek esetében tudjuk a későbbiekben elvégezni az orvosszakmai irányelvekben és protokollokban az egyes betegségek súlyosságához (indikációs körhöz) igazodó meghatározott minimálisan javasolt vizsgálatsszámok alapján.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Kovács L G, Ajzner É, Liszt F: A magyar laboratóriumi diagnosztika helyzete, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2014. XIII. évf 6. szám. pp. 56-59.
- [2] Horváth AR, Endrőczy E, Mikó T: Orvosi diagnosztikai laboratóriumok minőségfejlesztése, 2003, Orvosi Hetilap, 144. évfolyam 28. szám. pp. 1389-1395.
- [3] Hetyésy K: Orvosi laboratóriumi diagnosztika. Költség, vagy eszköz? Siemens egészségügyi évnnyitó konferencia, Budapest, 2013. január 23. 4.ppt.
- [4] Dózsa Cs: Struktúraváltás az egészségügyben – a kórházak stratégiai mozgástere a 2000-es években, 2011, IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, X. évf. 3. szám 2011. április 22-28. old
- [5] Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXIII. törvény.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Kővári Orsolya 2004-ben szerzett közgazdász diplomát a Károly Róbert Főiskolán, majd 2007-ben egészségügyi menedzser képesítést az Egészségügyi Menedzserképző Központban.



Dr. Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász. Diplomáját a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen szerezte 1994-ben, egészség-gazdaságtani másoddiplomáját 1999-ben a barcelonai Universidad de Barcelonán és a Pompeu Fabrán. 1994 és 2005 között az OEP-ben dolgozott a Tervezési és költségvetési Főosztályon, majd a

Gyógyító-megelőző ellátás területén, 2002-től mint főigazgató-helyettes. 2005. május és 2006. június között az

Jelenleg az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Szolgáltatásszervezési Főosztályán dolgozik. Tudományos érdeklődés: szolgáltatásszervezés és elemzés, egészségügyi struktúra, finanszírozás, irányítás, válságkezelés.

Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkáráként felügyelte az ágazat közgazdasági és ágazatfejlesztési munkáit. 2006 júliusától a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. ügyvezetője, európai uniós és egyéb egészségügyi projektek előkészítésével, menedzselésével foglalkozik. Jelenleg főállásban a Miskolci Egyetem egyetemi docense, részállásban az ELTE egészségpolitika MSc képzés külső oktatója. Doktori értekezését 2011 júniusában védte meg a Corvinus Egyetemen a hazai kórházak stratégiai menedzsmentjének témakörében. 2011-2012-ben a META elnöke. 2006-tól az IME Szerkesztőbizottságának a tagja.

Dr. Pál Miklós bemutatása lapunk XI. évfolyamának 9. számában olvasható.