

**Laboratóriumi diagnosztika Magyarországon 2004-ben:
helyzetkép és javaslatok**

készítette:

Orvosi Laboratóriumi Vizsgálatok Szakmai Kollégiuma
Magyar Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság
M&H Communications

Budapest, 2005. február

Vezetői összefoglaló

A magyar egészségügyi ellátó rendszerben az in vitro diagnosztika súlyos szakmai problémákkal küzd: az itt zajló technikai, technológiai forradalom megnövelte a kuratív medicina igényét a gyors és megbízható diagnosztika iránt, míg a szabályozás és finanszírozás bizonytalanságai és bizalmatlanságai a fiatal orvosgeneráció számára kevésbé vonzó, pénzügyi értelemben veszteséges, az anyaintézményeken belül kiszolgáltatott területté tette a laboratóriumi diagnosztikát. A vizsgálatokat egyre nagyobb mennyiségben elrendelő klinikusok nem „gazdái” a területen jelentkező költségnövekedésnek, a laboratóriumoknak pedig semmilyen szabályozó befolyásuk nincs a hozzájuk érkező kérések volumenére és jellegére, miközben az Egészségbiztosításnak csak rajtuk van módja számonkérni a költségvetések fenntarthatóságát.

Az ezekből, és hasonló tendenciákból fakadó feszültségek az európai integráció különböző stációit járó országokban már kikényszerítették (illetve éppen kikényszerítik) valamilyen **labormodernizációs program** elindítását. Meggyőződésünk szerint ez Magyarországon sem halasztható tovább.

Alábbi helyzetképünkben a magyarországi in vitro diagnosztikai ellátási struktúra, humán erőforrás, műszerezettség, minőségügy és finanszírozás tekintetében igyekeztünk rámutatni – néhány fontos eredmény mellett – azokra a pontokra, ahol a jelen szabályozás nem képes a folyamatokkal lépést tartani, sőt, **hozzájárul a források célszerűtlen felhasználásához, a rossz algoritmusok és nem kooperatív magatartások konzerválódásához**. Ütemezéssel is ellátott konkrét javaslatainkban feltüntettük az egyes intézkedésektől várható közvetlen előnyöket, gyakran megtakarítási lehetőségeket, melyek azt sejtetik, hogy az egészségügyben oly régóta óhajtott reform számára a laboratóriumi diagnosztika szolgálhat egyfajta „mintaprojekt” gyanánt, hiszen az itt összegyűlt problémák rendszerszerű kezelése látványosan pozitív kihatásokkal jár a bizonyítékokon alapuló orvoslás egész folyamatában.

Adatainkat az Országos Laboratóriumi Intézet és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kimutatásaiból merítettük, a helyzetkép egyes pontjaihoz csatolt szövegdobozokban annak a felmérésnek fontosabb eredményei olvashatók, amelyet a Magyar Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság kezdeményezett 2004 őszén azzal a céllal, hogy áttekintse a laboratóriumi diagnosztika magyarországi állapotát az imént felsorolt aspektusokból, s e tényszerű állapotfelmérésen túl arról is tudakozódjék, mit ítélnék a legkomolyabb problémának és milyen fontos teendőket látnak szakmájuk jövője szempontjából a – főként kórházi – laboratóriumokban dolgozók, illetve a gazdaintézmények vezetői. A felmérés lebonyolítására, s a válaszok feldolgozására az M&H Communications vállalkozott. Kitöltött kérdőívét 144 laboralkalmazott és 37 kórházigazgató küldte vissza feldolgozásra. Adatközlőink a nagyobb laborok alkalmazottai voltak, akik a laboros populációnak több mint felét képviselték, s az ő laborjaikban végezték el 2003-ban a magyarországi labor diagnosztikai vizsgálatok 67%-át.

A rendelkezésünkre bocsátott bőséges adatokért Prof. Dr. Ferencz Antalnak, az Országos Laboratóriumi Intézet igazgatójának tartozunk köszönettel. Dr. Hetyésy Katalin, az OLVSZK titkára és Prof. Dr. Fekete Mátyás, az MLDT pénztárosa tanácsaikkal a felmérés értékelése és a javaslatok összeállítása során nyújtottak értékes segítséget.

Helyzetkép

Az ellátás szerkezete

Hazánk *in vitro* orvosi diagnosztikai laboratóriumi ellátására továbbra is és egyre fokozódó mértékben jellemző a fragmentált szolgáltatói és laboratóriumi struktúra, a szükségleteket nem követő kapacitások megléte. Egy modern szerkezetű ellátó rendszerben a mintavétel a beteg közvetlen környezetében történne (háziorvosi, szakorvosi rendelő), a feldolgozás pedig diagnosztikai központokba szervezett, minőségükben garantált, kapacitásukban kihasznált, elsősorban kórházi környezetben működő centralizált laboratóriumokban, ahol a leleteket laboratóriumi szakemberek hitelesítik, és elektronikusan juttatják vissza a beküldő orvosnak. Az Egyesült Királyságban működő klinikai biokémiai laborok száma mintegy 300, vagyis közel 300 ezer főre jut egy labor. Ezzel szemben az 560 magyarországi labor mindegyike átlagosan mintegy 18 ezer fős populációhoz tartozik.

- Elsősorban a minisztérium által meghatározott minimum feltételek hivatottak e kérdés rendezésére, mivel a laboratóriumi vizsgálatok végzését bizonyos szakmai, infrastrukturális, személyi feltételekhez rendelik. A „minimum-rendelet” vonatkozó utasításait azonban gyakorlatilag senki nem tartja be, az „egy intézmény – egy labor” előírt elve dacára 64 intézményben működik egynél több orvosi laboratórium. Emellett az ország 560 laborjából mintegy 240-ben az elvégzett vizsgálatok száma nem éri el az évi 50 ezret, noha az új minimum feltételek alapján az évente 100 ezer vizsgálatnál kevesebbet végző laborok működése nem volna engedélyezhető.
- Különösen elavult a magyar egyetemek laboratóriumi ellátó szerkezete, mert az orvoskarokon 15-20 egymástól független, párhuzamosan dolgozó, rosszul kihasznált klinikai laboratórium működik a központi laboratórium mellett, sok esetben megfelelő szakemberek kontrollja nélkül. Az okok között említendő az egyetemekhez kötődő kutatások, illetve az ezekben érintett kutatók „elhelyezésének” kényszere, valamint a magyar kórházak, klinikák pavilonos struktúrájából következő széttagoltság, amely minden egyes gyógyítással foglalkozó épületbe külön labort telepít.

Azokban az intézményekben, amelyekből magasabb besorolású laborok munkatársai válaszoltak kérdőívünkre, általában több párhuzamos labor dolgozik, a válaszadó egyetemi intézetek fele 5 vagy több egymástól független laborral rendelkezik. Ugyanakkor a válaszoló 81 kórház központi laborjai közül mindössze hat létesített 3-nál több, kis infrastrukturális igényű telephelyet.

Bár 200 ezernél kisebb évi vizsgálatszám mellett a fix költséghányadok miatt lehetetlen egyensúlyban tartani egy labor költségvetését, ebbe a sávba esik a válaszadó laboroknak több mint 10%-a.

Humán erőforrás, képzés

A laboratóriumi szakellátást hazánkban 485 orvos (közülük 406 szakorvos), 369 egyetemet végzett nem-orvos diplomás (gyógyszerész, vegyész, biológus, molekuláris biológus, stb.), 83 orvosdiagnosztikai laboratóriumi analitikus, 3378 asszisztens, valamint hozzávetőlegesen 1000 további kisegítő dolgozó végzi.

- A laboratóriumi szakorvosi és szakgyógyszerészi képzés szerkezete, színvonala megfelel az európai elvárásoknak. Az elmúlt 7 évben – Debrecenben és Pécsen – megindult a főiskolai laboratóriumi analitikusok képzése és az akkreditált felsőfokú szakképzés. A fővárosban áttörhetetlennek látszik a ragaszkodás a több évtizeddel elavult, alacsony színvonalú nem akkreditált képzési formákhoz. Ennek egyik kórjelzője, hogy Európában egyedülálló módon, a Semmelweis Egyetemen, az ország

legnagyobb orvoskarán nincs laboratóriumi medicina tanszék, és az orvosképzésben a tantárgy, mint alapvető diagnosztikai diszciplína önálló oktatása sem folyik. A fővárosban továbbá nincs főiskolai, és akkreditált felsőfokú szakképzés sem.

- Sürgős megoldást igényel a nem-egészségügyi diplomások helyzete, akik – Európában egyedülálló módon – nem szerezhetnek szakképzettséget klinikai biokémiából. Így egyes laboratóriumokban szakképzetlen, nem egészségügyi alapképzettségű diplomások biztosítják az orvosi laboratóriumi szolgáltatást (bizonyos esetekben akár szakorvosi felügyelet nélkül). A szakma javaslata a klinikai biokémikus képzésre évek óta a minisztérium asztalán van, a rendelet kiadása érthetetlen módon késik.

Kérdőívünkre válaszolt 7 olyan intézmény is, amelynek besorolása FJ1-es, de az előírásokkal ellentétben nem szakorvos vezeti a labort, hanem 3 esetben szakgyógyszerész, egy esetben szakvizsga nélküli orvos, 3 esetben pedig egyetemet végzett nem egészségügyi diplomás. Az előírásokkal ellentétben három FJ1-es, és egy FJ3-as minősítésű laborban nincs jelen szakorvos. Jellemzően a szakképzett laboratóriumi asszisztensek előírt létszáma tekintetében sem teljesülnek a minimum feltételek.

Az igazgatók által képviselt 37 intézményből az utóbbi három évben mindössze egy vett fel új rezidentst. A laborosok által képviselt 114 intézmény együtt mindössze 20 orvos/gyógyszerész rezidentst foglalkoztat, ami a szakmai utánpótlás tekintetében akkor is aggasztóan alacsony érték, ha a szakemberhiányt relatívnak tekintjük.

Műszerezettség, online kapcsolat, mintaszállítás

Már az Állami Számvevőszék 1999. évi vonatkozó jelentése megállapította, hogy a diagnosztikában „az új műszerek megjelenésével, a technikai fejlődés miatt felgyorsult erkölcsi avulással (3-5 évenként új generáció jelenik meg a nagy értékű orvosi eszközök piacán) nem tartott lépést az egészségügy finanszírozását szolgáló pénzügyi források növekedése”. S mivel „a progresszív ellátás egyes szintjein elvégezhető beavatkozások, vizsgálatok körét az ágazati miniszter nem határozta meg, ezért mindenütt a legfejlettebb technika, nagykapacitású műszerek beszerzésére, alkalmazására törekedtek, miközben a tulajdonos (fenntartó) önkormányzatok és az intézmények pénzügyi lehetőségei az így támasztott igényeknél messze alacsonyabbak voltak.” Vagyis az intézményekben a „differenciálatlan feladatellátás, autark fejlesztés eredményeként felesleges kapacitások jöttek létre”.

- A kompetenciaszintek kijelölése és betartatása még mindig várat magára, s az informatikai háttér késlekedő fejlesztése is kihasználatlanul hagyja a költséghatékonyság javításának egyik alapvető lehetőségét.

A 114 intézmény képviselőinek 82%-a olyan laborban dolgozik, amelyben az utóbbi három évben történt műszerberuházás (közülük 14 labor műszerei 50%-ot nem meghaladó kihasználtsággal dolgoznak), sőt 32%-uk idén vásárolta legújabb műszerét. Ugyanakkor egy laborban ma is működik egy 1960-ból(!) származó klinikai kémiai berendezés.

A válaszoló egyetemi kezelésben álló laborok harmada nem rendelkezik online kapcsolattal a beküldői környezetével, a 81 kórházból 12 hasonló helyzetben van, s a 7 járóbeteg rendelőből öt. A minimum feltételek kijelölte kategóriák szerint eltérő az online kapcsolatok jellege: az FJ3-as és FJ2-es laborok szinte mind kétirányú kapcsolattal rendelkeznek, az ennél alacsonyabb ellátási kategóriákban ez az arány sokkal rosszabb. Az online kapcsolat révén is kiszűrhető adminisztratív eltévesztett kérések arányát válaszadóink több mint fele 6-20% közé teszi.

A laborok jelentős hányadában szállítanak be mintákat a közigazgatási határon belülről is saját szervezésben, bár a társadalombiztosítás csak a közigazgatási határon kívülről érkező minták szállítását támogatja. A válaszoló országos intézetben, valamint az egyházi és minisztériumi kezelésben álló intézményekben nincs ilyen gyakorlat, ellenben minden válaszoló magánintézmény megszervezi a mintaszállítást.

Minőségügy, akkreditálás

A legnagyobb 150 magyar laboratórium minőségellenőrzési törekvései nem maradnak el az EU kívánalmaitól. A bennük működtetett minőségirányítási rendszer, s a jellemzően szintén igénybe vett külső minőségtanúsítás biztosítja, hogy rendelkezésre áll az a szervezeti struktúra, azok az eljárások, folyamatok és erőforrások, amelyekkel tervszerűen befolyásolhatják működésüket az elvárható legjobb eredmény (*outcome*) érdekében.

- Az MSZ EN ISO 15189:2003 szabvány szerinti laboratórium akkreditálás valósítja meg azonban a legteljesebb körű, az EU-ban is elismert szakmai önszabályozást. A Nemzeti Akkreditáló Testület (NAT) által elvégzett, akkreditálási standardokon alapuló komoly eljárás sikeres lefolytatása 3 évre adja meg egy diagnosztikai laboratóriumnak az akkreditált státust, melyet évenkénti felülvizsgálattal kell megerősíteni. A minősítés országos rendszere felépült, az első sikeres laboratórium akkreditálás megtörtént.

Ma már nagyon kevés kivétellel minden laboratórium rendelkezik minőségirányítási rendszerrel, s a válaszadó laborok 68%-a fontosnak tartja egy külső audit elvégzését is. Az intézmények általában rendelkeznek minőségügyi felelőssel is.

Annak ismeretében, hogy jelenleg egy akkreditált diagnosztikai labor működik Magyarországon, komoly meglepetés, hogy a válaszadó laborok több mint fele a közeli jövőben akkreditációra készül. Az akkreditációt igénylő intézményvezetők támogatást is ígértek laborjuknak: minőségügyi szakembereket, képzést (képzés finanszírozását), eszközpótlást, anyagi segítséget, informatikai fejlesztést, illetve humánerőforrás fejlesztést.

Finanszírozás

A laboratóriumi ellátás katasztrofálisan alulfinanszírozott, ugyanakkor a társadalom számára nem kis terhet jelent, mert az összes járóbeteg kifizetések 20 %-a erre a területre esik. Egy német pont átlagos bekerülési költsége 1.42 Ft, ezzel szemben a zárt laboratóriumi járóbeteg kasszában átlagosan 0.70, sőt, a legfrissebb adatok szerint 0,65 Ft/pont a térítés. Ez az egyéb (klinikai jellegű) járóbeteg finanszírozási érték alig 60 %-a, ami a laboratóriumi szakmával szemben diszkriminatív. Ennek következtében az ország összes laboratóriuma veszteséges, az intézményen belüli szegycsészék első helyezettje.

- Az Állami Számvevőszék idézett jelentésében 1999-ben 1,40 Ft/pont térítést látott volna reálisnak; most 2005-öt írunk, s a térítési díj az 1999. évi elvárás felét sem éri el (2005. januári adat szerint 0,65Ft/NP). 1999-ben a koleszterin laboratóriumi vizsgálatának térítési értéke Csehországban 1,15 USD-t tett ki, Horvátországban 1,12-t, Szlovéniában 0,86-ot, míg Magyarországon 0,11 USD-t.
- A laboratóriumi költségek „elszabadulásának” megakadályozását valamennyi eddigi szabályozás a laboratóriumokon belüli restriktív megoldással kívánta megoldani. Nem eltagadva, hogy itt is sok a szabályozandó probléma (pl. a teljesítmények elszámolása sok szakmai és etikai problémát is felvet), a kérdés hosszú távú szabályozása egyedül a beküldői környezet szakmai szabályozásán keresztül oldható meg, ugyanúgy, mint az összes fejlett európai országban. **Hazánkban jelenleg sem a járóbeteg szakellátás, sem a házi orvosi ellátás területén nincs semmiféle szakmai, vagy gazdasági kontroll a gyakorló orvos diagnosztikai kéréseinek vonatkozásában.** Azonos településen dolgozó orvosok között 5-10-szeres különbségek vannak az egy betegségre jutó diagnosztikai igénybevételben.

Az indokolatlan kérések arányát a legtöbb megkérdezettünk 30%-ra tette, e feletti értéket jelzett 15 kórházi labor-alkalmazott, egy egyetemi labor munkatársa, és hárman járóbeteg szakrendelőből – mindannyian laborvezetők, vagy beosztott diplomások.

A válaszadó intézmények 42%-ában ugyanakkor semmilyen módon nem szabályozzák a vizsgálatkéréseket. Azok a laborok, amelyek alkalmaznak valamilyen szabályozást a vizsgálatkérések tekintetében, alacsonyabbnak is becsülik az elvégzett vizsgálatok között az indokolatlanok arányát.

- Az üzemorvosi és a magánorvosi, továbbá a gyógyszercégek által szponzorált klinikofarmakológiai vizsgálatok – egyébként térítésköteles – laboratóriumi kérései szinte kivétel nélkül az OEP által finanszírozott szakorvosi bélyegzővel kerülnek a laboratóriumokba.
- A laborkassza növekedése, létrehozása óta, folyamatosan jelentősen elmarad a járókassza növekedésének mértékétől, és a fekvőbeteg ellátásból a járóbeteg ellátásba való laborteljesítmény áthelyeződés a teljesítményfelfutás legjelentősebb oka. A teljesítmény-finanszírozás és a HBCs bevezetése óta a laboratóriumi kérések teljesen átstrukturálódtak. Ma a kórházi fekvőbetegektől az összes laboratóriumi vizsgálatkérések csupán 20 -25 %-a érkezik, korábban ez az arány 40 % volt.
- A fekvőbeteg ellátásból a járóbeteg ellátásba átkerült – és ez által a járó- illetve laborkasszát terhelő – hatalmas mennyiségű laboratóriumi vizsgálatot nem követte a kasszák átrendezése és ennek hatására a járóbeteg pontok forintértéke folyamatosan inflálódik.
- A laboratóriumi kassza bezárása egymagában, az egyéb szabályozók bevezetésének elmaradása miatt nem váltotta be sem a vizsgálatkérések csökkenésével kapcsolatos, sem a teljesítményemelkedés visszaszorításával, sem a fiskális megszorítások folytán elvárható strukturális átrendeződésekkel kapcsolatos reményeket.¹
- Hatása kizárólag az orvosi diagnosztikai laboratóriumok gazdálkodási egyensúlyának ellehetetlenedésében, a teljesítmények további ésszerűtlen felpörgetésében, a bevételi hiányok intézményi szinten történő visszapótlásában, és a szolgáltatás minőségének romlásában mutatkozott.

¹ Az Orvosi Laboratóriumi Vizsgálatok Szakmai Kollégiuma „Az önálló laboratóriumi járóbeteg kassza biztonságos működtetésének feltételei, szabályozói és szakmai feladatai” című állásfoglalásában már 2002 januárjában jelezte, hogy a rendszer felülvizsgálatra szorul, mégpedig számos elemében *egyszerre*, mert „egy-egy részelem különálló szabályozása működési zavarokat fog eredményezni, melyek megnehezítik, vagy lehetetlenné teszik az átalakítást.” Vagyis: a laborkassza céljainak érdekében a minimum feltételek szigorítása (betartatása), a kód- és pontrevízió, a vizsgálatkérések kompetencia-szintekhez rendelése, a volumenkorlátozás és az akkreditáció ösztönzése *együtt, összehangoltan* fejthetik ki pozitív hatásukat.

Megoldási javaslatok és ütemezéseiük

Bár a megbetegedések és laboratóriumi megjelenések számában nem történt lényeges változás, a laboratóriumi vizsgálatkérések száma – gyakran indokolatlanul – folyamatosan nő. Hazánkban jelenleg sem a járóbeteg szakellátás, sem a háziorvosi ellátás területén **nincs semmiféle szakmai, vagy gazdasági kontroll a gyakorló orvos diagnosztikai vizsgálatkéréseinek volumene és összetétele felett.**

Az orvosi laboratóriumi diagnosztikai szakma az OEP és EüM szakembereivel egyetért abban, hogy **a végleges megoldás a laboratóriumi vizsgálatkérések input-szabályozásában rejlik.** Ez azonban csak komplex szakmai/finanszírozási modellben és a vizsgálatokat elrendelő klinikai szakmákkal közösen kialakított konszenzus keretében oldható meg. Ezért a vizsgálatkéréseket korlátozó **input szabályozás bevezetése csak hosszú távon, néhány év viszonylatában hozhat eredményeket.**

A teljesítmények szabályozását ezért több ütemben, egymásra épülő **strukturális, szakmai és pénzügyi** eszközökkel célszerű megvalósítani. Jelen javaslatunk a szabályozás első ütemében elvégzendő feladatokat taglalja. Az alábbi javaslatok elsősorban olyan tényezőket érintenek, melyek megvalósításának jogi, szakmai, finanszírozás-technikai és egyéb feltételei már ma is adottak, ezáltal a gyakorlatba egyszerűen és viszonylag gyorsan bevezethetők.²

Első ütem

1. Struktúraváltás

A teljesítményfokozás egyik alapvető problémája, hogy a fragmentált szolgáltató-rendszerben a laboratóriumokat fenntartó intézmények érdekeltek a laboratórium működési költségeinek „kitermelésében”, és ez a teljesítménypörgetésen túl a jelenlegi szükségtelen kapacitások konzerválását is jelenti. **A laboratóriumi szolgáltatórendszer strukturális átrendezése – végrehajtói szinten – az ÁNTSZ, EüM és az OEP összehangolt feladata kell, legyen.** Az azonnali teendőket az alábbiakban foglaljuk össze:

1.1. A minimumfeltételekről szóló 60/2003 (X. 20.) ESZCSM rendelet következetes betartása

1.1.1. „Egy intézmény – egy labor”

A 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet előírja, hogy egy egészségügyi intézményen belül csak egy laboratórium működtethető. Szükséges, hogy **a rendelet előírásainak betartását a felügyeleti szervek következetesen kérjék számon: 1/ Az ÁNTSZ engedélyeket csak ennek értelmében adjon ki; 2/ az OEP egy intézmény esetében csak egy in vitro orvosi laboratóriumot finanszírozzon.**

Várható hatás: A finanszírozandó laboratóriumi szolgáltatóhelyek száma csökken.

1.1.2. Ellátási szintekhez rendelt kompetencia szintek

A 60/2003. ESZCSM rendelet különböző laboratóriumi kategóriákat határozott meg az adott ellátási szintek szükségleteinek kielégítése céljából. A rendelet **J0, ill. J1** kategóriákban a kompetencia szintet részben kijelöli, azonban ezek további szabályozása szükséges.

² Hangsúlyozni szeretnénk, hogy amikor 2004. december 15-én az Országgyűlés Egészségügyi és Szociális Bizottsága meghallgatta az OLI és az OLVSZK beszámolóját a laborellátás helyzetéről, az Egészségügyi Minisztérium korreferátumában *megállapításainkkal egybehangzóan* értékelte a helyzetet és a megoldás lehetőségeit.

1.1.2.a. J0 besorolású laboratóriumok

A rendelet megfogalmazása szerint a **J0 besorolású laboratórium** csak mintavételi hely, mely orvosi felügyelettel az orvosi laboratóriumi vizsgálatokhoz szükséges szakszerű mintavételt, mintatovábbítást és kislaboratóriumi vizsgálatokat végez.

EüM feladat: A 60/2003. ESZCSM rendelet kiegészítéseként meg kell határozni, hogy mely vizsgálatok minősülnek kislaboratóriumi vizsgálatoknak. (A kislaboratóriumi vizsgálatok körét az OLVSZK rendelkezésre bocsátja.)

OEP feladat: Egyéb vizsgálatok a J0 besorolású laboratóriumokból nem jelenthetők és nem finanszírozhatók.

Várható hatás: Kb. 200-250 eddig évi 50.000 vizsgálatnál kevesebb vizsgálatot végző laboratórium mintavételi helyé alakul és vizsgálati kompetenciája beszűkül, a vizsgálatok és NP szám csökken.

1.1.2.b. J1 besorolású laboratóriumok

A J1 besorolású laboratóriumoknál (önálló szakrendelők) a **kompetenciák szűkítését szükséges elvégezni**. Első lépésként **az allergia, hormon és tumormarker meghatározások kerüljenek ki a J1 kategóriájú laboratóriumok vizsgálatvégzési/ jelentési/finanszírozási kompetenciájából**.

OEP és EüM feladat:

- Ez esetben a magasabb besorolású laboratóriumoknak, a területi ellátási kötelezettség alapján, át kell venniük a vizsgálatokat, ami a **kapacitásszerződések módosítását** igényelheti.
- Fokozott figyelmet kell fordítani a szakszerű mintaszállítás megszervezésére, és a jelenlegi szabályozáson túl biztosítani kell a **közigazgatási határon belülről történő szállítás finanszírozását** is.
- A vizsgálat végzések magasabb besorolású laboratóriumokba való átcsoportosításához, a felkészüléshez a megfelelő **átfutási időt** (1-2 hónap) biztosítani szükséges.
- A J1 laboratóriumokból a fenti vizsgálatok nem jelenthetők és nem számolhatók el. Ehhez **a minimumrendelet kompetenciaszintekkel való kiegészítése szükséges** (az elszámolható kódokra vonatkozó javaslatot az OLVSZK megteszi)

Várható hatás: A J1 laboratóriumokban tapasztalható teljesítménypörgetési érdekeltség csökkenése, vizsgálatok és pontok számának csökkenése.

1.1.3. Szerződés felmondása, finanszírozási megszorítások

- Amennyiben egy hónapban a szerződött laboratórium nem jelent teljesítményt az **OEP** automatikusan mondja fel a finanszírozási szerződést (kivéve, ha előre bejelentik a szüneteltetést, pl. átépítés miatt stb.), ugyanis ebben az esetben nincs valódi igény a laboratórium szolgáltatásaira.
- Az **OEP** csak olyan laborteljesítményeket fizet ki, amelyek lejelentésére vonatkozó eszközparkkal a laboratórium az OEP-hez bejelentett módon, igazoltan rendelkezik.

Várható hatás: Fölösleges kapacitások felszámolása, visszaélések visszaszorítása

2. Kódok és pontok revíziója

- **OEP feladat:** Automatikusan meg kell szüntetni azon laboratóriumi OENO kódokat, melyekre egymást követő három hónapban nem jelentenek teljesítményt.
- **A szakmailag nehezen indokolható és kiemelkedően növekvő beavatkozások pontszámát indokolt felülvizsgálni és csökkenteni.** Ezen vizsgálatok körét az OLVSZK meghatározta, javaslatát kész betervezni a kódkarbantartó bizottságnak.

Várható hatás: A fenti javaslattal éves szinten mintegy **2,8 milliárd ponttal mérsékelhető a teljesítmény**. Várhatóan a vizsgálatkérelmek számának csökkenése további megtakarítást eredményezhet, ezáltal a Ft/pont érték – a kassza 2005. évi növekedését is figyelembe véve – kb. 20 %-kal emelkedik.

3. Nem egészségügyi diplomások szakképzése

- **EüM feladat:** Azonnali jelleggel szükséges a laboratóriumokban dolgozó nem-egészségügyi diplomások szakképzési rendszerének elindításához szükséges rendelet kiadása. A rendelet javasolt szövegét az OLVSZK az EüM-nek még 2004-ben átadta.

Második ütem

Az első ütemben – a meglévő rendeleti és szabálykönyvi, illetve finanszírozás-technikai feltételek keretein belül – végrehajtott gyors intézkedések elsősorban strukturális változások és a laboratóriumok kompetencia szintjeinek meghatározása révén támogatják a laboratóriumi szolgáltatások kívánatos koncentrálódását, a szükségtelen kapacitások felszámolását, a teljesítményfokozás visszaszorítását.

A második ütem a **strukturális átrendeződés nélkül nehezen megvalósítható**. Ebben elsősorban finanszírozási eszközök alkalmazása kerül előtérbe, (pl. teljesítmény-volumen korlát), melynek révén további Ft/pont érték javulás érhető el. Egy ilyen modell kidolgozása azonban csak az EüM és OEP munkatársaival való egyeztetés révén lehetséges.

Harmadik ütem

Szükségesnek látszik több cikluson átívelő, a szerkezeti átalakulást katalizáló, a humán és tárgyi erőforrásokat koncentráló, a klinikai és költséghatékonyságot támogató, átfogó diagnosztikai modernizációs program kidolgozása. Az orvosi laboratóriumok átfogó modernizációs programjának megteremtése EU forrásokból származó célzott támogatás formájában valósulhatna meg.

A 3. ütem feladata hosszú távú megoldás kidolgozása az **input szabályozási modell bevezetése érdekében**. Az input komplex szabályozórendszerének kialakítása számos szakmai, finanszírozási, informatikai-nyilvántartási, minőségügyi és egyéb feltételhez kötött, melyre ma még sem a szolgáltatórendszer, sem a szolgáltatásvásárlói rendszer nem elég felkészült. Az input szabályozás bevezetésének alapfeltétele továbbá a szolgáltatások minőségének ellenőrzését és garantálását biztosító keretrendszer kidolgozása. Ehhez jó alapot nyújt, hogy kiépült a laboratóriumok akkreditálási rendszere, melynek intézményesüléséhez azonban további feltételek teljesülése szükséges. A 3. ütem bevezetése mindezek alapján több év távlatában tűnik reálisnak. A laboratóriumi szakma készséggel áll rendelkezésre a hosszú távú megoldás módozatainak kimunkálásában.

Táblázatok, ábrák

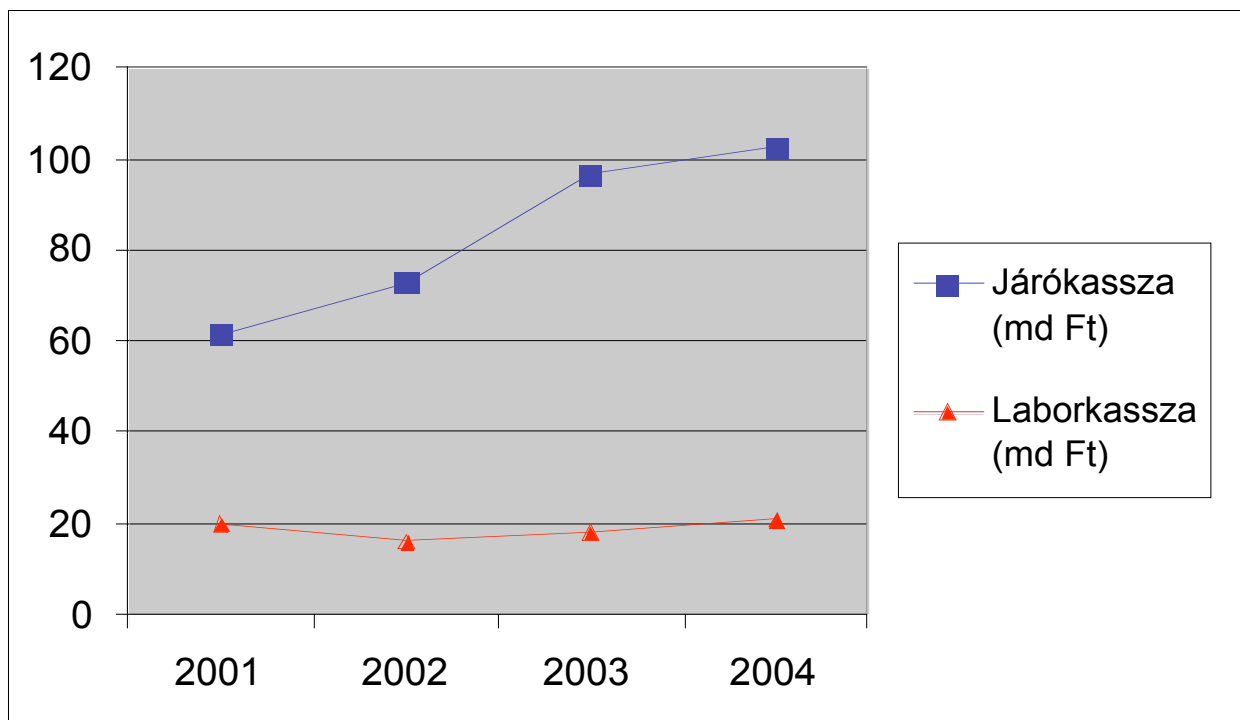
A LABORATÓRIUMI JÁRÓBETEG VIZSGÁLATOK SZÁMÁNAK NÖVEKEDÉSE A TELJESÍTMÉNYFINANSZÍROZÁS BEVEZETÉSE ÓTA

Év	Laborteljesítmény (pont)	Éves növekmény
1994	2 981 455 519	100%
1995	3 412 828 764	114%
1996	5 030 053 649	147%
1997	6 654 735 693	132%
1998	7 607 768 418	114%
1999	10 137 882 155	133%
2000	14 448 587 011	142%
2001	17 141 505 645	119%
2002	18 703 123 418	109%
2003	21 729 875 242	116%

A LABORATÓRIUMI KASSZA (JÁRÓBETEG VIZSGÁLATOK) ARÁNYA A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSON BELÜL

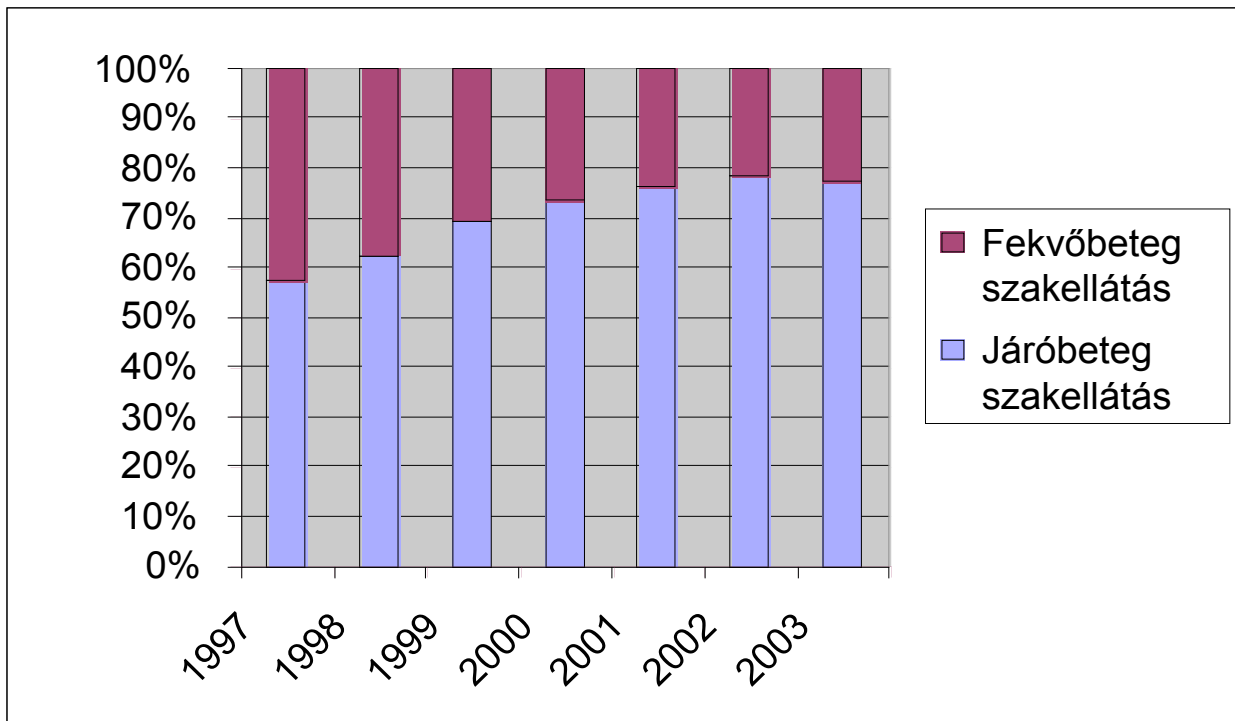
	1994	1997	2000	2001	2002	2003	2004
Laborkassa aránya a járóbeteg szakellátáson belül	13 %	13 %	23 %	24 %	22 %	19 %	20 %

A JÁRÓKASSZA ÉS A LABORATÓRIUMI KASSZA VISZONYA (MD FT)



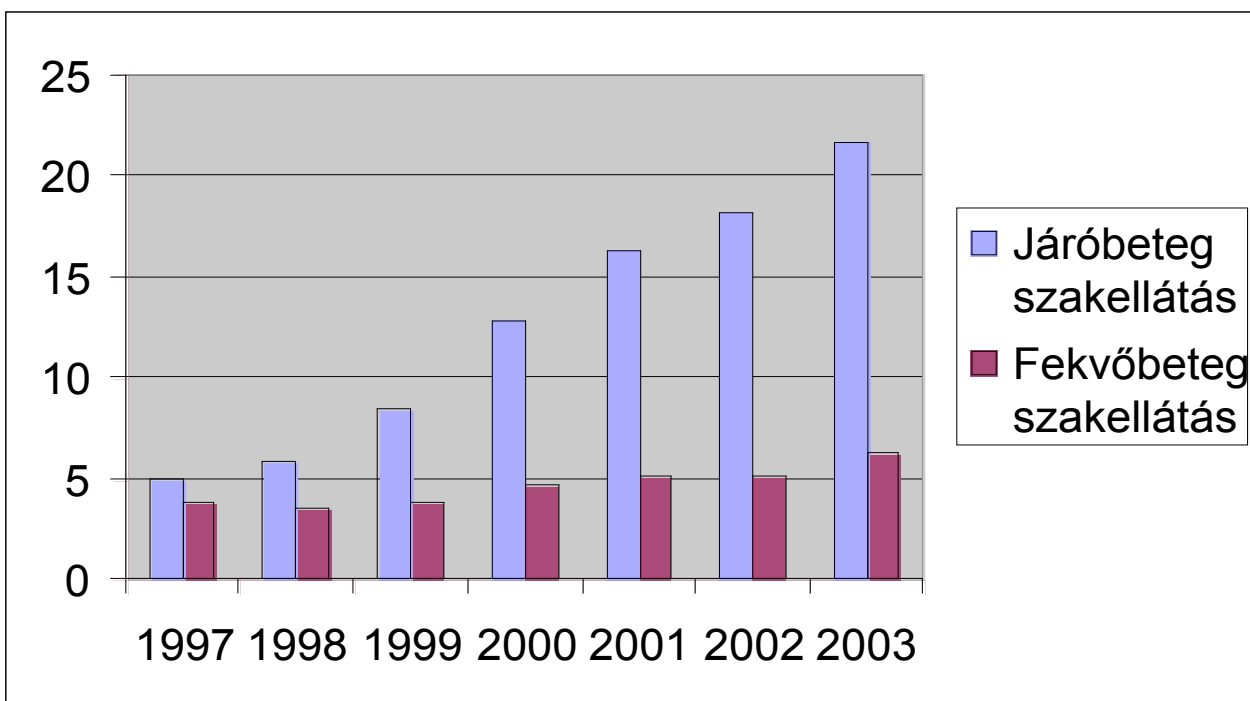
LABORATÓRIUMI PONTOK MEGOSZLÁSA

A fekvőbeteg ellátásban nyújtott laboratóriumi szolgáltatás aránya 20-25%-ra zsugorodott a laborvizsgálatok járó szakellátásba való „kicsatornázása” következtében.



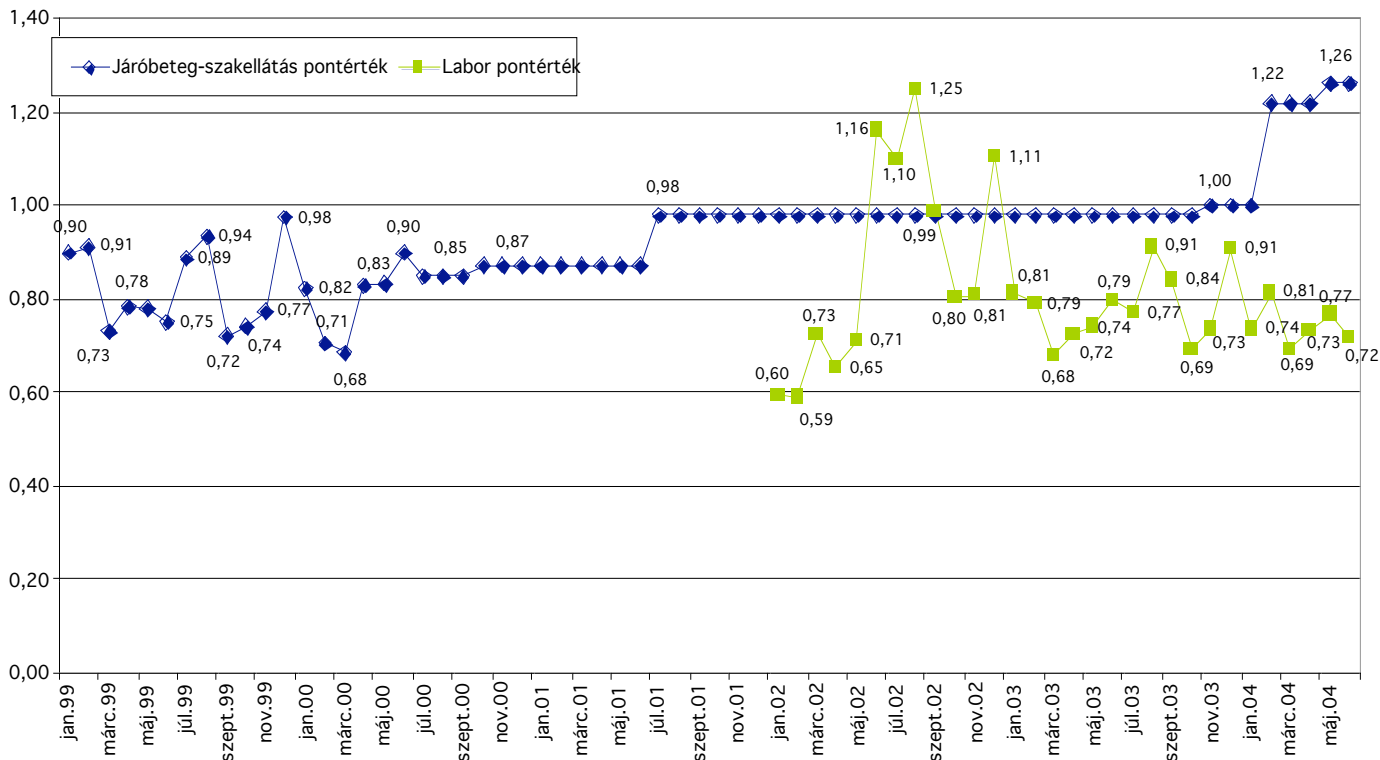
LABORATÓRIUMI TELJESÍTMÉNYEK (MILLIÁRD NP)

Míg a fekvőbeteg ellátásban nyújtott teljesítmény az utolsó 5 évben kb. 50%-os növekedést mutatott, addig a járó szakellátásban nyújtott teljesítmény közel négyszeresére nőtt.



A JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS ÉS LABORKASSZA FT/NP ÉRTÉKEI

A járóbeteg-szakellátás és a laborkassa pontértékei 1999-2004.



**A LABORATÓRIUMI DIAGNOSZTIKAI ELLÁTÁS LEGFŐBB PROBLÉMÁI:
PRIORITÁSI SORREND A FELMÉRÉS SZERINT**

	Laborok alkalmazottai szerint:	Kórházigazgatók szerint:
1	Alulfinanszírozottság (1,31)	Alulfinanszírozottság (1,38)
2	Szakmai irányelvek hiánya (3,5)	Szakemberhiány (3,2)
3	Szakemberhiány (3,8)	Regionalitás hiánya (3,62)
4	Regionalitás hiánya (4,22)	Szakmai irányelvek hiánya (4,16)
5	Fragmentált laborszolgáltatás (4,32)	Koncepciótlan műszerbeszerzés (4,72)
6	Megfelelő informatikai háttér hiánya (4,72)	Megfelelő informatikai háttér hiánya (5,07)
7	Koncepciótlan műszerbeszerzés (4,79)	Fragmentált laborszolgáltatás (6,17)
8	Alacsony képzettségi színvonal (6,54)	Alacsony képzettségi színvonal (6,52)

Appendix: Labormodernizáció az Egyesült Királyságban és Németországban

Európa két jellegzetes egészségügyi rendszerében is a közelmúltban zajlott, illetve ma is zajlik labormodernizációs program, laborreform, meglehetősen eltérő biztosítási, finanszírozási modellek keretében, eltérő eredményekkel. Érdekes néhány mozzanatot kiemelni a programok célkitűzéseiből és tapasztalataikból.³

Az Egyesült Királyságban „Pathology Modernisation Programme” (PMP) néven futó program 1999-ben indult, tíz évesre tervezték, s az első három évében 28 millió fontos költségvetésből gazdálkodott. A projekt már ebben az időszakban bizonyította, hogy a klinikai döntéshozatal fejlesztése képes hozzájárulni az egészségügyi minisztérium (NHS) által kijelölt legfontosabb célok eléréséhez, a rák és koronária betegségek visszaszorításához.⁴ A centralizáció erősítése érdekében megfogalmazták annak a szerkezeti átalakításnak a szükségességét, amely az egyes Trustokkal kötött szerződésektől egy nagyobb egységekben működő regionális szolgáltató struktúra felé mozdul el. Emellett konkrét javaslatokat tettek a súlyosan túlterhelt humán erők segítésére,⁵ határoztak a sztenderdizálás fejlesztéséről, az új technológiák és az IT kínálta lehetőségekről, s az információ- és kockázatmenedzsment javításáról. A javaslatok a személyzeti állomány összeállításának új modelljét is megfogalmazták, a további szerkezeti átalakításhoz pedig világos nemzeti irányelveket, valamint a modernizációs folyamat folytatódó támogatását igényelték.

A német laborreform is 1999-ben indult, elsősorban azzal a szándékkal, hogy a laboratóriumi költségek növekedésére üzempgazdasági szempontok alapján találjon megoldást. Az átalakítás a vizsgálatkérő félhez rendelte a laborvizsgálatok költségvetését (a gazdaságosságot illető felelősséggel együtt). A vizsgálatot kérő orvos honoráriumot kap az indikációért és interpretációért, és az esetszámtól függő, szövetségi szinten megállapított, központi díjat a analitikai költségekre, a költség határainak betartására pedig külön bónuszrendszer igyekszik ösztönözni. Az elszámoláshoz a vizsgálatot kérő félnek és a szolgáltatónak szoros technikai, információk kapcsolatban kell állnia, hogy állandó visszajelzés segítse a vizsgálatkérőt pontos helyzetének azonosításában.⁶ A költségek növekedési dinamikája ennek megfelelően szolid, jól kiszámítható – az egészségbiztosítás teljes költségfejlődéséhez és az inflációhoz képest csökkenő, miközben az esetszám növekszik. A visszafogó intézkedések révén három év alatt 720 millió DM-t vontak el a területről, s a laborteljesítmények rentabilitása drasztikusan visszaesett. Ennek hatására koncentráció indult meg a piacon, s ma öt stratégiai szövetség szolgálja ki a teljes piac 60-70%-át. A folyamat aggodalmas vonásainak orvoslására a szakértők egyebek mellett azt javasolják, hogy honoráriumok kifizetésére csak akkreditált laborok esetében kerüljön sor.⁷

Mindkét ország modernizációs törekvéseinek fontos tanulsága, hogy az átalakítás hatékony végrehajtásához kiterjedt elemző- és modellező-munka, szakmai önszabályozó mechanizmusok kialakítása, ésszerű személyzeti fejlesztések, specializáció és komoly pénzügyi ösztönzők szükségesek, részben az átalakítások során eszközölt befektetések formájában, részben a költségvetések konszolidálása érdekében.

³ A modellek vázlatok Risto Heikkinen előadásából indultunk ki (*Laboratory Financing Models*), melyet az OEP rendezte konferencián adott elő Budapesten, 2003 januárjában.

⁴ *Evaluation Report. The NHS Pathology Modernisation Programme. Round One and Two – 1999 to 2000.*

⁵ *NHS clinical biochemistry. 'A profession under siege'.*

⁶ Dr. med. Andreas Köhler: *Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Ein neues Vergütungssystem für Laborleistungen*, in: Deutsches Ärzteblatt, 1999. január 8.

⁷ Prof. dr. med. Bernd Heicke: *Überlegungen zur Zukunft des Labor-EBM. Entwicklung aus der Sicht der Laborärzte* (9. VDGH Diagnostica Forum, 2002)