

A magyarországi várólista-csökkentési program orvosszakmai összetételének, igénybevételi mutatóinak és területi megoszlásának elemzése 2015–2018 időszakában

PÓNUSZ RÓBERT, BONCZ IMRE, KOVÁCS DALMA, CSONKA DIÁNA, GAZSÓ TIBOR, MOLICS BÁLINT, LUDMAN ISTVÁN, ENDREI DÓRA

ANALYSIS OF UTILIZATION AND TERRITORIAL DISTRIBUTION OF HUNGARY'S WAITING LIST REDUCTION PROGRAMME

BEVEZETÉS – Magyarországon 2015-től kezdődően szisztematikus várólista-csökkentési program vette kezdetét („X” térítési kategória) a várakozási idő számottevő mérséklése céljából. Vizsgálatunkban a 2015–2018 közötti időszakban az „X” térítési kategóriában elszámolt esetek igénybevételi mutatóit és területi megoszlását elemeztük.

MÓDSZEREK – Retrospektív, kvantitatív kutatásunk a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által biztosított adatbázison alapult, amely a várólista-csökkentési program finanszírozására 2015-ben létrehozott „X” térítési kategóriában elszámolt esetszámokat foglalta magában 2015–2018 között. Az adatbázis tartalmazta a betegek nemét és életkorát, megye szerinti lakhelyét, az ellátó intézmény megyéjének és típusának megnevezését, valamint az elvégzett beavatkozásokat.

EREDMÉNYEK – A vizsgálati időszakban 27 716 esetszámot (átlagéletkor 68,05 év) számoltak el női többséggel (63,1%). Tízezer lakosra vetítve, az esetszám az alábbi megyékben volt a legmagasabb: Baranya (84,63), Somogy (60,17) és Zala (58,89). Az elszámolt eseteket 71,6%-ban

INTRODUCTION – In Hungary, the systematic waiting-list reduction program (“X” financing code) started in 2015 aiming to significantly reduce the waiting times of most relevant waiting lists services. The aim of this study was to evaluate the utilization and the territorial distribution of cases financed under the “X-code” between 2015 and 2018.

METHODS – We designed a retrospective and quantitative research on data of the Hungarian National Health Insurance Fund. Relevant data contained all publicly financed X-code cases between 2015 and 2018. Since 2015, this code covered the financing of services related to the waiting list reduction program. Processed data informed about patients (age, sex, residency at county level), involved health care facilities (name, type and location among the counties) as well as all provided medical interventions.

RESULTS – In the study period 27,716 cases (mean age 68.05 years) were financed, the majority of patients (63.1%) was female. Case numbers per 10,000 inhabitants were the highest in Counties Baranya (84.63), Somogy (60.17), and Zala (58.89). 71.6% of patients received primary care in their resi-

PÓNUSZ Róbert (levelező szerző/correspondent), KOVÁCS Dalma: Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet/University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Institute for Health Insurance; H-7621 Pécs, Vörösmarty u. 3. E-mail: robert.ponusz@etk.pte.hu, dr. BONCZ Imre, dr. ENDREI Dóra: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ/University of Pécs Faculty of Health Sciences, Institute for Health Insurance, University of Pécs, Clinical Centre, Pécs
CSONKA Diána: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Földrajz- és Földtudományi Intézet/Eötvös Loránd University, Faculty of Sciences, Institute of Geography and Earth Sciences, Budapest
GAZSÓ Tibor: Pécsi Tudományegyetem, Kancellária, Egészségügyi Gazdálkodási Igazgatóság, Egészségbiztosítási Osztály/University of Pécs, Chancellery, Directorate of Health Care Management, Department of Health Insurance, Pécs
dr. MOLICS Bálint: Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás és Sporttudományi Intézet/University of Pécs Faculty of Health Sciences, Institute of Physiotherapy and Sport Science, Pécs
LUDMAN István: Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, KK, Elnöki Hivatal, Kontrolling és Betegdokumentációs Osztály/University of Debrecen Clinical Centre, Presidential Office, Department of Controlling and Patient Documentation, Debrecen

Érkezett: 2021. február 25. Elfogadva: 2021. augusztus 20.

<https://doi.org/10.33616/lam.32.011>

a beteg lakóhelye szerinti megye határán belül látták el. A legnagyobb számban szürkehályogműtéteket finanszíroztak. KÖVETKEZTETÉSEK – A várólista-csökkentési programban elszámolt esetek között jelentős területi egyenlőtlenségeket találtunk. Az intézményi szerepvállalás is változatos képet mutatott.

várólisták, egészség-gazdaságtan, esetszám, Magyarország

dence county. The most frequent intervention was cataract surgery.

CONCLUSION – During Hungary's waiting list reduction program high number of patients received medical services. We found significant inequalities in utilization of waiting lists interventions and in the institutional engagement.

waiting lists, health- economics, number of cases, Hungary

Az egészségügyi ellátórendszerben tapasztalható korlátozott erőforrások és kapacitások nyomán világszerte kialakultak a rendszerezett várólisták. Magyarországon ezekről döntően negatív előjelű a közvélemény értékelése. Ennek számos oka lehet, ám mind közül kiemelendő a várólisták és a várakozási idő hosszúsága mint legfőbb kritikai észrevétel, ennek ellenére az Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) tagországok körében a Magyarországon rögzített várakozási napok a szürkehályog- (>50 nap), a térd-, illetve a csípőprotézis-várólistákat illetően is (>100 nap) a legalacsonyabb értékek között található 2018-ban. Ebben a tekintetben olyan országokat előz meg a magyar egészségügyi ellátórendszer, mint Svédország, Új-Zéland és Norvégia (1). A fokozott érdeklődés ellenére, a várólistákról írt közlemények döntően csupán a várakozási idők összehasonlításával foglalkoztak (2–4). A várólista-köteles beavatkozások közül kiemelendő az említett csípő- és térdízületi protézisbeültetés, illetve a szürkehályogműtétek. Gyakori, hogy erre alapozzák a nemzetközi összehasonlításokban az országok egészségügyi ellátórendszereinek vizsgálatát (5–10).

Magyarországon megkülönböztetünk központi, illetve intézményi várólistákat: a központi várólisták a jelentős költségű eljárások igénybevételére váró eseteket tartalmazzák (például szervtranszplantáció), míg az intézményi várólisták a fekvőbeteg-szakellátó intézmények betegellátási sorrendjét meghatározó jegyzékek. Vezetésük két fő rendezőelvhez igazodik: eleve várólista-kötelesek a jogszabályban előre meghatározott ellátások, ezeken kívül akkor is várólistát kell vezetni, ha tartós kapacitáshiány miatt nincs lehetőség egy adott eljárás rövid határidejű biztosítására (11, 12).

Hazánkban a várólista-csökkentés előzményei 2013 végéig nyúlnak vissza. Ekkor – jellemzően az éves kasszamaradvány terhére – a Nemzeti

Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) lehetőséget adott a kedvezőtlenül alakuló várólisták intézményi csökkentésére. Ezen túl, a NEAK 2015 elején – az úgynevezett kasszasöpülés képest – tervezhetőbb keretek között, előre rögzített 1 milliárd forint forrásösszeggel, előfinanszírozott formában támogatta a várólista-csökkentést. Ebben a fázisban a NEAK az egészségügyi intézmények programban betöltött szerepét – vagyis a tervezett műtétszámon felüli extra keretet – egyénileg értékelt és határozta meg. Az elszámolás a térítésköteles ellátások körében már alkalmazott „4.” térítési kategóriában történt („egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján az egészségbiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása”).

A várólista-csökkentés említett szakasza 2015. május végéig tartott (13). Ezt követően szisztematikusan, előre rögzített forrásösszeggel a NEAK 2015 óta évente 5 milliárd forint többletforrást biztosít arra a célra, hogy jelentősen csökkentse a várólista-köteles beavatkozások várakozási idejét (kis műtéteknél maximum 3, nagyobb műtéteknél 6 hónap) (14). A program elsődlegesen azokra az intézményekre összpontosít, amelyek várólistáinak várakozási ideje jelentősen eltér a fent ismertetett célértékektől. Fontos kiemelni, hogy a programban való részvétel a mindennapi betegellátási gyakorlathoz kapcsolódóan meghatározott műtétszámon felüli várólistaesetek ellátását támogatja. A finanszírozás az „X” jelzésű új térítési kategóriában történik, az egészségbiztosító premizáló módszerével, ugyanis az elszámolt esetek térítése a homogén betegcsoportok (HBCS) alapidójának 110%-a. A megnövelt összeg kizárólag azokban az esetekben hívható le, ha az egészségügyi intézmények a NEAK által meghatározott – az előző évben elszámolt esetszámokat alapul vevő – bázisetszámot már teljesítették. A jogalkotó – párhuzam-

mosan az „X” térítési kategóriával – 2019. január első napjától bevezette a jelenleg is hatályos „Z” kategóriát, amely a várólista-csökkentést szintén többletforrás terhére támogatja, ám módosított intézményi finanszírozási szabállyal, nevezetesen az előfinanszírozási technika visszavezetésével (15).

Paradox helyzet jellemzi ugyanakkor a „Z” térítési kategóriát, mivel az egészségbiztosító és az egészségügyi intézmények közötti konszenzusos megoldás eredményeképpen a mindennapi finanszírozási gyakorlatban nincs kötelező teljesítményjelentés.

A több évre visszatekintő magyarországi várólista-csökkentési program változatos eszközei közül kiemelkedik az „X” térítési kategóriát alkalmazó időszak. Jelen vizsgálat célja a várólista-csökkentési program igénybevételi mutatóinak elemzése, 2015–2018 között az „X” térítési kategóriában elszámolt teljesítményen keresztül.

Adatok és módszer

Vizsgálati adatbázisunkat a NEAK Gyógyító-megelőző finanszírozási kassa adataiból állítottuk össze. Mintánk a 2015–2018 között az „X” térítési kategóriában elszámolt várólista-csökkentési program részeként finanszírozott eset-számokat tartalmazza. Ezt a kategóriát külön a várólista-csökkentés többletforrással történő finanszírozására hozták létre, utólagos elszámolási technikával (14). A „4.” térítési kategóriában összemosódik a térítésköteles ellátások és a várólista-csökkentés eseteinek köre; míg a „Z” térítési kategóriában a Pulvita adatbázisban nem érhető el lejelentett várólista-köteles esetszám, így ezeket a teljesítményeket nem vettük fel a munkacsoportunk által végzett feldolgozásba.

Adatbázisunk a programban elszámolt eseteket (nem, életkor), a megye szerinti lakóhelyet, az ellátó egészségügyi intézmény típusát, megnevezését és megye szerinti elhelyezkedését, valamint az ellátást indokoló fődiagnózis alapján elvégzett várólista-köteles beavatkozásokat (OENO kód szerint) tartalmazta. Az eseteket az ellátás típusa szerint is osztályoztuk, aktív fekvőbetegként, illetve egynapos sebészeti beavatkozásként. Utóbbiak esetében a számokat azért tüntettük fel, mert a szürkehályog-, illetve a coronariaintervenciók várólistáin olyan beavatkozások is szerepelnek, amelyek egynapos sebészeti betegellátás keretében is elvégezhetőek.

A kutatás során esetszámokat elemeztünk, tekintettel arra, hogy a vizsgálati időszakban ugyanaz a személy többször is szerepelhetett az adatbázisban.

Adatainkat több indikátor mentén vizsgáltuk: meghatároztuk az elszámolt esetszámokat az igénybevevők megye szerinti lakhelye alapján, illetve az ellátó intézmény megyei illetősége szerint is, majd megvizsgáltuk, hogy az adott megye egészségügyi intézményeit melyik megye lakosai választották ellátásuk helyszínéül. Mindebből meghatározhattuk, hogy a megyék lakóit milyen arányban látták el megyehatáron belül, illetve hogyan alakult az egyes megyék betegforgalmi egyenlege.

Magyarországi bontásban meghatároztuk a várólista-csökkentési programban részt vevő betegkör átlagéletkorát is. Mindezt kiegészítettük a tízezer lakosra vetített esetszámokkal, amelyek számításához a KSH elektronikusan elérhető adatait használtuk (16). Ezt követően elemeztük az intézménytípusok teljesítményét az elszámolt esetszámok alapján.

Végezetül meghatároztuk a várólisták évenkénti piaci részesedését az adott évben elszámolt esetszámok alapján, majd kiemeltük a vizsgálati időszak alatt tíz leggyakrabban elszámolt beavatkozást, kiegészítve az adott intervenció legjelentősebb piaci részesedését realizáló egészségügyi intézmény megnevezésével.

Adatainkkal a Microsoft Office program Excel 2019. évi verziójával leíró statisztikai próbákat és keresztábla-elemzést végeztünk. Ábráinkat térinformatikai módszerrel készítettük, a Quantum GIS. szoftver 2. 18. 2 verziójának segítségével.

Eredmények

2015–2018 között az intézmények 27 716 esetet láttak el az „X” térítési kategóriában a várólista-csökkentési program részeként. A legtöbb elszámolt esetszám ($n = 10\,270$) a program indulásának évében volt, utána a kezdeti értékhez képest folyamatosan csökkent. A vizsgálati időszak utolsó évének elszámolt esetszámai a kezdeti évhez képest 48%-kal csökkentek, a 2017. évi értékhez képest ugyanakkor 118%-os mértékben emelkedtek.

A betegek, illetve az ellátó intézmények megye szerinti esetszámai a betegforgalmi egyenleg megyei szintű megoszlását jelezték. Ezek alapján kisebbségben voltak azok a megyék, amelyekben a vizsgált mutató pozitívan alakult. Legjelentősebb többletet a főváros mutatott (+4886 esetszám), de többlet volt Baranya (+314 esetszám),

A csípő- és térdízületi protézisek beültetése, illetve a szürkehályogműtétek jellemzően várólista-nyilvántartáshoz kötött beavatkozások.

1. táblázat. Az elszámlolt esetszámmok megoszlása megyei bontásban

Megye megnevezése	Ellátó intézmény megyéje																				
	Baranya	Bács-K-K	Békés	Borsod-A-Z	Csongrád-Csanád	Fejér	Győr-M-S	Hajdú-B	Heves	Komárom-E	Nógrád	Pest	Somogy	Szabolcs-Sz-B	J-N-Szolnok	Tolna	Vas	Veszprém	Zala	Budapest	Végösszeg
Baranya	2960	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	58	1	0	33	0	0	4	48	3107
Bács-K-K	35	725	1	0	9	103	1	0	1	1	0	1	1	2	1	1	0	0	1	154	1037
Békés	7	0	641	0	12	0	0	3	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	69	737
Borsod-A-Z	8	0	0	1185	0	4	0	156	26	12	38	0	1	29	0	1	0	0	0	161	1620
Csongrád	7	1	46	0	208	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	48	313
Fejér	22	0	0	0	0	1109	0	1	0	29	0	0	21	0	0	0	0	1	2	329	1514
Győr-M-S	18	0	0	0	0	1	975	0	0	83	0	0	0	0	0	0	1	8	3	229	1318
Hajdú-B	0	0	0	1	0	0	3	223	0	2	0	0	0	7	2	0	0	0	0	52	290
Heves	0	0	0	9	0	2	0	47	867	8	53	0	0	1	2	0	0	2	0	377	1368
Komárom-E	5	5	0	0	0	11	19	0	0	214	0	4	2	2	0	0	2	0	1	339	604
Nógrád	0	0	0	1	0	0	0	0	22	1	596	27	0	0	0	0	0	0	0	224	871
Pest	14	8	0	0	0	14	1	1	12	80	7	120	0	3	14	1	3	2	1	2280	2561
Somogy	131	1	0	0	0	36	1	0	0	11	0	0	1263	0	34	8	8	2	219	138	1852
Szabolcs-Sz-B	5	0	0	3	0	1	0	97	0	7	0	0	0	2417	0	0	0	0	0	82	2612
J-N-Szolnok	7	0	7	1	8	0	0	25	23	6	6	0	0	2	176	0	0	0	2	171	434
Tolna	98	3	0	0	0	19	0	1	0	13	0	0	79	0	0	71	0	0	1	63	348
Vas	15	0	1	0	0	3	17	0	0	19	0	0	3	0	0	1	507	2	79	34	681
Veszprém	12	0	0	0	0	44	34	0	0	56	0	0	2	0	0	3	5	513	43	150	862
Zala	66	1	0	0	0	6	3	1	0	115	0	1	8	0	3	3	10	0	1287	109	1613
Budapest	11	1	0	2	3	8	3	2	1	143	0	5	2	3	0	1	1	0	5	3780	3971
Végösszeg	3421	745	696	1201	240	1362	1058	557	952	807	700	158	1442	2467	232	123	537	530	1648	8837	27716

Megye a beteg lakhelyén

Hajdú-Bihar (267 esetszám), Komárom-Esztergom (+203 esetszám), valamint Zala megyében (+35 esetszám) is.

A legjelentősebb „betegküldő megyék” közé Pest (-2403 esetszám), Borsod-Abaúj-Zemplén (-419 esetszám), Jász-Nagykun-Szolnok (-416 esetszám), valamint Somogy (-410 esetszám) megye tartozott.

Mivel az esetszámokat a beteg megye szerinti lakhelye, illetve az ellátó intézmény megyéje szerinti bontásában is meghatároztuk, megállapíthattuk, hogy az ellátás milyen arányban történt a beteg lakhelyének megyéjében. Az elszámlolt esetek ellátása országosan több mint kétharmad részben (71,6%) a beteg lakóhelyének megyéjében történt. Legmagasabb volt az arány Baranya (95,3%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (92,5%), Békés (87,0%), Hajdú-Bihar (76,9%), Győr-Moson-Sopron (74,0%), Vas (74,4%), Borsod-Abaúj-Zemplén (73,1%), Fejér (73,2%) megyében, valamint Budapesten (95,2%).

A rangsor másik végén azok a megyék találhatóak, amelyekben a legalacsonyabb volt a megyehatáron belüli ellátás aránya. Itt Pest (4,7%), illetve Tolna megyét (20,4%) kell kiemelni. A részletes betegforgalmi adatokat az 1., 2. táblázat tartalmazza.

Az esetszámok nemek szerint női többséget mutattak valamennyi vizsgálati évben, és így a teljes vizsgálati időszakban (63,0%) is. A női esetszámok átlagéletkora a teljes vizsgálati időszakban magasabb volt, mint a férfiaké: női átlagéletkor 69,14 év (CI 95% = 41,30–86,99), férfi átlagéletkor 66,95 év (CI 95% = 47,44–86,46)]. A programban ellátott összes esetszám átlagéletkora kis mértékben haladta meg a 68 évet (68,05; CI 95% = 41,40–88,32). A minta 60 év feletti női betegek aránya a vizsgált betegkör 85,1%-át képezte (n = 14 946), vagyis jelentősen felülreprezentált a teljes magyar társadalomban betöltött arányukhoz képest (15,1%).

Megyei bontásban az esetszámoknál az átlag-

2. táblázat. Az „X” térítési kategóriában elszámolt esetszámok megye szerinti alakulása (2015–2018)

	Összes esetszám: beteg megye szerinti lakhelye alapján (2015–2018; aktív + egynapos)	Megyehatáron belüli esetszám (2015–2018)	Megyehatáron belüli ellátási arány (2015–2018)	Megyehatáron túli esetszám (2015–2018)	Összes esetszám (ellátó intézmény megye szerinti lokalizációja alapján; 2015–2018; aktív + egynapos)	Betegforgalmi egyenleg (2015–2018)
Bács-K-K	1037	725	70%	312	745	-292
Baranya	3107	2960	95%	147	3421	314
Békés	737	641	87%	96	696	-41
Borsod-A-Z	1621	1185	73%	436	1202	-419
Budapest	3971	3780	95%	191	8837	4866
Csongrád-Csanád	313	208	66%	105	240	-73
Fejér	1514	1109	73%	405	1362	-152
Győr-M-S	1318	975	74%	343	1058	-260
Hajdú-B	290	223	77%	67	557	267
Heves	1368	867	63%	501	952	-416
J-N-Szolnok	434	176	41%	258	232	-202
Komárom-E	604	214	35%	390	807	203
Nógrád	871	596	68%	275	700	-171
Pest	2561	120	5%	2441	158	-2403
Somogy	1853	1264	68%	589	1443	-410
Szabolcs-Sz-B	2613	2418	93%	195	2468	-145
Tolna	348	71	20%	277	123	-225
Vas	681	507	74%	174	537	-144
Veszprém	862	513	60%	349	530	-332
Zala	1613	1287	80%	326	1648	35
Országos összesen	27 716	19 839	72%	7877	27 716	0

életkor Baranyában volt a legmagasabb (71,93 év), míg a legalacsonyabb Heves megyében (63,97 év). Az ellátott eseteknél a betegek átlagéletkorát megyei bontásban az 1. ábra szemlélteti.

Országos átlagként 2015–2018 között 28,84/10 000 lakos esetszámot azonosítottunk. Eredményeink szerint az alábbi megyék aránya volt nagyobb az országos értéknél: Baranya (84,63), Somogy (60,17), Zala (58,89), Szabolcs-Szatmár-Bereg (46,54), Heves (45,86), Nógrád (45,05), Fejér (36,28), valamint Győr-Moson-Sopron (28,87). Az országos értéktől a legszámtovább mértékben Hajdú-Bihar (5,43), Csongrád (7,76), valamint Tolna (15,63) megye tért el.

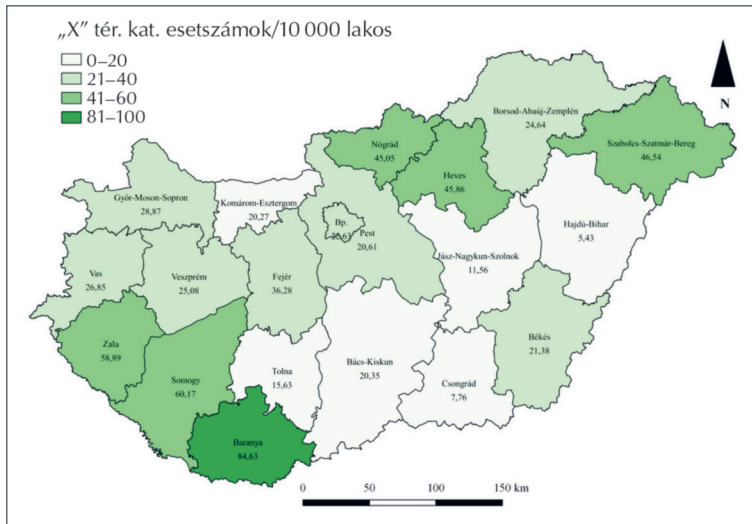
Ugyanez a mutató Budapesten 22,63 esetszám, míg Pest megyében 20,61 volt, tehát alatta maradt az országos átlagértéknek (28,84). A tízezer lakosra vetített esetszámok megye szerinti alakulását a 2. ábra mutatja.

Vizsgálatunk során elemeztük az elszámolt eseteket az ellátás és az ellátó intézmény típusa

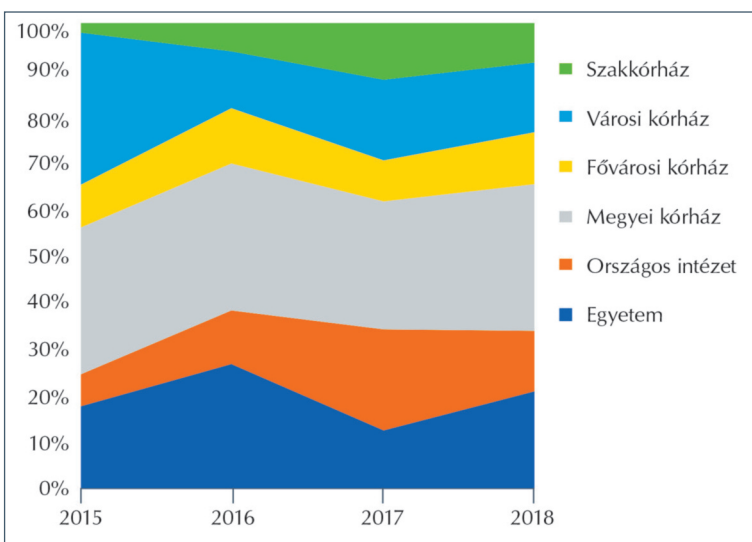


1. ábra. A vizsgált betegkör átlagéletkora megyei bontásban (2015–2018)

szerint is. Az előbbi szerinti megoszlásban a várólista-köteles beavatkozásokat döntően az aktív fekvőbeteg-szakellátás végezte (piaci részesedés:



2. ábra. Tízezer lakosra vetített esetszámok alakulása megyénként (2015–2018)



3. ábra. Elszámolt esetszámok aránya intézménytípusonként (2015–2018)

66,3%), ugyanakkor az egynapos sebészet szerepe sem elhanyagolható (piaci részesedés: 33,7%) a jelentős számban elvégzett szürkehályog-beavatkozás következtében.

A legnagyobb esetszám ($n = 8477$) a megyei kórházaknál volt a várólista-csökkentési programban elszámolt összes eset 31%-ában. A városi kórházak és az egyetemek piaci részesedése nagyságrendileg azonos volt (21%, illetve 20%).

A finanszírozott esetek ellátásában a Pécsi Tudományegyetem volt a legaktívabb ($n = 3211$), de jelentős volt még a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház ($n = 2409$), valamint Budapesten az Uzsoki Utcai Kórház ($n = 2023$) teljesítménye is.

A tíz legnagyobb esetszámot elszámolt egészségügyi intézménynek figyelemre méltó a piaci részesedése, ugyanis a 2015–2018 között országosan elszámolt esetszám 58%-át teljesítették.

Az elszámolt esetszámok intézménytípus szerinti, illetve intézményrészletes rangsorát a 3. ábra és a 3. táblázat ismerteti.

Meghatároztuk 2015–2018 között az egyes várólistákhoz köthető esetszámokat is. A legjelentősebbek ($n = 10\,145$) a szürkehályogműtétek várólistái voltak 37%-os piaci részesedéssel. Jelentősnek mondható még a térdprotézisműtét ($n = 7632$, piaci részesedés 28%), valamint a csípőprotézis- ($n = 4401$, piaci részesedés 16%) műtét várólistákon teljesített mértéke is. A protetikai természetű gerincstabilizáló és gerincdeformitászűrésműtétek piaci részesedése az említettekhez képest számottevően kisebb ($n = 612$, piaci részesedés 2%), hasonlóan a kardiológiai szakmához köthető várólistákhoz ($n = 1306$, piaci részesedés 5%). A teljes körű adatközlés érdekében a rövidebb várólisták esetszámait egyéb várólisták megnevezéssel vontuk össze. Ide döntően olyan beavatkozások kerültek, mint a prosztata jóindulatú megnagyobodásának műtétei, illetve a nőgyógyászati műtétek nem malignus folyamatokban ($n = 3620$, piaci részesedés 13%). A szürkehályog-, a térd-, illetve csípőprotézis-műtétek piaci részesedése az „X” térítési kategóriában elszámolt esetszámok mintegy 80%-át foglalta magában. A várólistákhoz kapcsolódó esetszámok változását a 4. ábra ismerteti.

A várólista-csökkentési programban elszámolt esetszámokat az ápolást indokló fődiagnózis miatt végzett beavatkozás szempontjából is elemeztük. A legnagyobb mértékben elvégzett beavatkozás az 51474 OENO kóddal rögzített szürkehályogműtét volt ($n = 9997$), a programban elvégzett valamennyi beavatkozás több mint 36%-a. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás aránya 10% volt ($n = 1038$), míg az egynapos sebészeté jelentős, mintegy 90%-os ($n = 8959$).

Figyelemre méltó esetszámot képviselt az 5814H OENO kóddal rögzített totális térdprotézis-beültetés ($n = 4258$), az összes elvégzett várólista-köteles esetszám 15%-ában. A harmadik legjelentősebb esetszámot – bár volumenében és piaci részesedésében is elmarad a fenti két beavatkozástól – az 58540 OENO kóddal rögzített, duocondylaris térdprotézis beültetés jelentette ($n = 2190$).

Az „X” térítési kategóriában elszámolt 10 legnagyobb mértékben elvégzett beavatkozás ($n = 22\,284$) az összes esetszám ($n = 27\,716$) több mint 80%-át adta. A beavatkozásokról készített rangsort a 4. táblázat mutatja.

3. táblázat. A tíz legtöbb „X” térítési kategóriában esetszámot elszámoló egészségügyi intézmény Magyarországon (2015–2018)

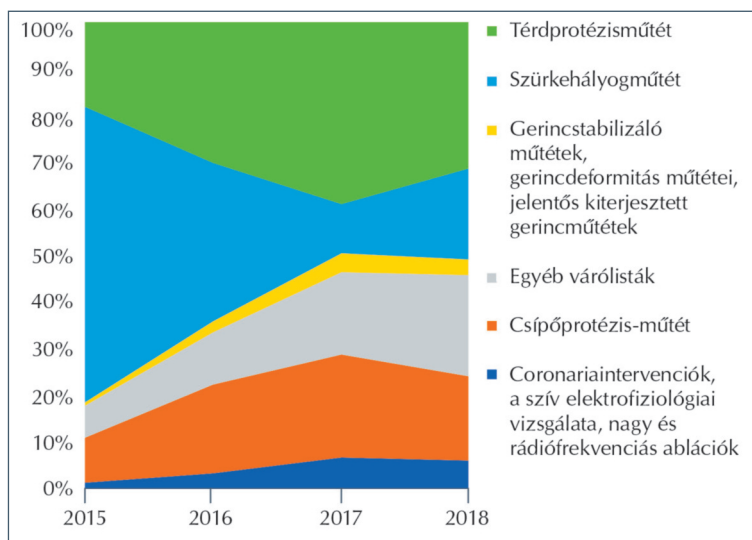
NEAK kód	Intézmény megnevezése	Intézmény típusa	Összes esetszám (2015–2018)	Piaci részesedés (2015–2018)	Aktív esetszám (2015–2018)	Aktív arány (2015–2018)	Egy-napos esetszám (2015–2018)	Egy-napos arány (2015–2018)
2912	Pécsi Tudományegyetem	egyetem	3211	12%	1577	49%	1634	51%
N599	Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktató Kórház	megyei kórház	2409	9%	943	39%	1466	61%
2891	Uzsoki Utcai Kórház	fővárosi kórház	2023	7%	2023	100%	0	0%
2915	Semmelweis Egyetem	egyetem	1949	7%	1610	83%	339	17%
2896	Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet	országos intézet	1863	7%	1863	100%	0	0%
2137	Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház	megyei kórház	1251	5%	484	39%	767	61%
K403	Magyar Honvédség Egészségügyi Központ	országos intézet	1026	4%	857	84%	169	16%
2747	Kanizsai Dorottya Kórház Nagykanizsa	városi kórház	843	3%	0	0%	843	100%
K404	Kastélypark Klinika Egészségügyi Kft, Tata	szakkórház	807	3%	807	100%	0	0%
2734	Zala Megyei Szent Rafael Kórház	megyei kórház	805	3%	642	80%	163	20%
Egyéb			11 529	42%	7 569	66%	3 960	34%
Összesen			27 716	100%	18 375	66%	9 341	34%

Megbeszélés és következtetések

A vizsgálati időszak alatt az „X” térítési kategória esetszámai teljes terjedelmükben nem fedik le a magyarországi várólista-köteles beavatkozásoként végzett ellátások körét. Eltérő térítési kategóriában a várólista-csökkentési programmal párhuzamosan is történik Magyarországon várólista-köteles beavatkozás.

A várólista-csökkentési programban való intézményi aktivitást alapvetően befolyásolja az intézményi várólistán szereplő várakozók száma, ugyanis a program célja ezek létszámának és várakozási idejének csökkentése. Mindemellett fontos megemlíteni, hogy a programban való részvétel elsődlegesen az egészségügyi dolgozói és műtőkapacitás függvénye.

A vizsgálat során elemeztük, hogy a várólista-csökkentési program indulását megelőző 5 évben hogyan alakultak az orvosképző intézményeket magában foglaló megyékben dolgozó orvosok átlagos létszámadatai – melyet a KSH is figyelemmel követ –, valamint a szürkehályog-, a térd-, és csípőprotézis-várólistán szereplő várakozók létszámait (17). A KSH nyilvántartásai szerint Baranya megyében dolgozik a legkevesebb orvos a vizsgálati időszakot megelőző 5 év átlagát tekintve (1916 orvos), míg a további, érintett megyékben a következőképp alakultak a létszámok: Csongrád-Csanád megye: 2150 orvos, Hajdú-Bihar megye: 2422 orvos, Budapest: 11 319 orvos). A dolgozó or-



4. ábra. A várólista-csökkentési program esetszámainak megoszlása jelentősebb várólistánként (2015–2018)

vosok száma 10 000 lakosonként azt mutatja, hogy Baranya megyében 50,6 orvos, Csongrád-Csanád megyében: 52,3 orvos, Budapesten 65,0 orvos, míg Hajdú-Bihar megyében: 44,8 orvos, praktizál.

A vizsgálati időszakot megelőző év (2014) várólistás létszámadatait is megvizsgáltuk a Pécsi és a Szegedi Tudományegyetemen, valamint a debreceni és a Semmelweis Egyetemen. Mivel éves bontásban és szolgáltatónként nem nyilvánosak a magyarországi várólistán várakozók lét-

4. táblázat. Az „X” térítési kategóriában a 10 leggyakrabban elszámolt beavatkozás Magyarországon (2015–2018)

OENO kód	OENO megnevezés	Összes esetszám (2015–2018)	Piaci részesedés (2015–2018)	Aktív esetszám (2015–2018)	Aktív arány (2015–2018)	Egynapos esetszám (2015–2018)	Egynapos arány (2015–2018)	Legnagyobb mértékben ellátó intézmény (NEAK kód)	Elszámolt esetszám (2015–2018)	Piaci részesedés az összes OENO-hoz kapcsolódó esetszámból (2015–2018)
51474	Szürkehályogműtét fakoemulzifikációs módszerrel, hajlított műlencse-beültetés	9 997	36%	1 038	10%	8 959	90%	N599	1644	16%
5814H	Térdprotézis beültetés, totál	4 258	15%	4 258	100%	0	0%	2891	906	21%
58540	Térdprotézis-beültetés duocondylaris, cementes	2 190	8%	2 190	100%	0	0%	2891	251	11%
58151	TEP totál csípőprotézis, primer (cement nélküli)	2 093	8%	2 093	100%	0	0%	2891	542	26%
58150	TEP totál csípőprotézis, primer (cement)	1 842	7%	1 842	100%	0	0%	2734	207	11%
86455	A szív elektrofiziológiai vizsgálata	563	2%	328	58%	235	42%	2915	250	44%
5814G	Térdprotézis-beültetés, szánkó	395	1%	395	100%	0	0%	N599	126	32%
5814L	Térdprotézis-beültetés, bicondylaris	380	1%	380	100%	0	0%	1349	175	46%
5810H	Gerinc belső rögzítése	294	1%	294	100%	0	0%	2912	177	60%
53525	Biológiai műbillentyű aortapozícióba	272	1%	272	100%	0	0%	2896	120	44%
Egyéb		5 432	20%	5 285	97%	147	3%	–	–	–
Összesen		27 716	100%	18 375	66%	9 341	34%	–	–	–

számadatai, a Pécsi Tudományegyetem által készített adatgyűjtés alapján dolgoztunk, mely a NEAK valós idejű, hetente közzétett várólista-monitoring adataira építve készül. Ezek alapján megállapítható, hogy a 2014. év végén a Pécsi Tudományegyetemen alakultak a legnagyobb mértékben a várólistákon várakozók létszámai:

Szürkehályog-várólista: 4396 fő, térdprotézis-várólista: 592 fő (ortopédiai szakma), 103 fő (traumatológia szakma), csípőprotézis-várólista: 558 fő (ortopédiai szakma), 106 fő (traumatológia szakma).

Szegedi Tudományegyetem, szürkehályog-várólista: 352 fő, térdprotézis-várólista: 171 fő (ortopédiai szakma), 2 fő (traumatológia szakma), csípőprotézis-várólista: 123 fő (ortopédiai szakma), 6 fő (traumatológia szakma).

Debreceni Egyetem, szürkehályog-várólista: 283 fő, térdprotézis-várólista: 140 fő (ortopédiai szakma), 0 fő (traumatológia szakma), csípőprotézis-várólista: 206 fő (ortopédiai szakma), 0 fő (traumatológia szakma).

Semmelweis Egyetem, szürkehályog-várólista: 426 fő, térdprotézis-várólista: 434 fő (ortopédiai szakma), 0 fő (traumatológia szakma), csípőprotézis-várólista: 437 fő (ortopédiai szakma), 0 fő (traumatológia szakma).

Mindebből tehát markánsan kirajzolódik, hogy a várólista-csökkentési program kezdete előtt a Pécsi Tudományegyetem várólistái voltak a leghosszabbak, az egyik legalacsonyabb lakosságárányos orvossal.

Az elszámolt esetszámokat tekintve többségben voltak a nők (18), a teljes minta átlagéletkora megközelítette a 70 évet, megyei bontásban pedig változatos kép alakult ki. A programban finanszírozott eseteknél az átlagéletkor Baranyában volt a legmagasabb (71,93 év), míg a legalacsonyabb Heves megyében (63,97 év). A KSH nyilvántartása szerint Baranya és Heves megye lakosainak átlagéletkora meghaladja az országos átlagot mindkét nem esetében (19). Ez a tény azért is fontos, mivel a várólista-köteles beavatkozások jelentős része olyan betegségekhez kapcsolódik, melyeknek növekszik a prevalenciája az életkor előrehaladtával (20, 21).

A várólista-csökkentési programban ellátott esetszámoknak egyenlőtlen az eloszlása a 10 000 lakosra vetített értékek alapján. A megyehatáron belüli esetek arányairól megállapítható, hogy ezek többségükben a fővárostól legtávolabbi megyékben haladták meg az országos értéket. A nemzetközi szakirodalomban is megjelentek olyan közlemények, amelyek az egészségügyi

ellátás igénybevételében tapasztalható földrajzi különbségeket írják le (22, 23). Baranya megye a jelen kutatás rangsorai szerint előkelő helyen szerepel, hasonlóan egy korábban publikált közlemény eredményeihez, amely megyei bontásban határozta meg bizonyos szakterületek szakorvosainak lakosságárányos létszámát (24).

A legnagyobb esetszámban ellátott beavatkozások (szürkehályog, térd- és csípőízületi protézisek műtétei) jellemzően olyan kórformákhoz kapcsolódnak, amelyeknek számottevő a prevalenciája az idősebb korosztály körében. Ezt számos, korábban megjelent közlemény is igazolta (25–28).

Az esetszámok ellátó intézmény típusa szerinti megoszlása a megyei kórházak kiemelt szerepét tanúsítja (piaci részesedés: 31%), ugyanakkor a városi kórházak, illetve az egyetemi klinikák piaci részesedése is (21%, illetve 20%) jelentős volt. Ezek az arányok közel azonosak a közfinanszírozott aktív fekvőbetegszakellátásban tapasztaltakkal.

A programban finanszírozott esetek jelentős többsége az aktív fekvőbeteg-szakellátáshoz kapcsolódik, ugyanakkor az egynapos sebészeti betegellátás is figyelemre méltó arányt képvisel. Az utóbbi megállapítás úgy magyarázható, hogy a szürkehályog-beavatkozásokat Magyarországon és számos európai országban döntően egynapos sebészeti betegellátás keretében végzik (8, 29). A szürkehályog-esetszámok a vizsgálati időszak első felétől kezdve folyamatosan csökkentek, párhuzamosan 2015-től az adott várólistán szereplő várakozók számával, így a várólista-csökkentés forrásainak allokálása eltolódott a költségigényesebb protetikai ellátások irányába.

Eredményeink birtokában felvetjük a betegek konkrét intézményválasztási preferenciájának a közvetlen hatását is, amelyet befolyásolhat a rövidebb várakozási idő, illetve az ellátóhelyre való utazás időtartama is. Ezek a változók módosíthatják az esetszámok területi megoszlását (30–32).

Bár jelen tanulmányunknak nem volt kifejezett célja a magyarországi várólistákhoz kapcsolódó várakozási idők csökkentésének ismertetése – a kimutatás egyébként nyilvánosan, több évet felölelve jelen pillanatban nem elérhető –, az e tekintetben irányadó OECD helyzetelemző anyagok naptári évenként bemutatják a szürkehályog várólistán szereplő várakozási időket a szervezet tagországainak bontásában. Mindezek alapján egyértelműen kirajzolódik, hogy az elmúlt évtized elején rögzített adatokhoz képest 2019-ben Magyarországon a szürkehályog-mű-

téti várólistán a várakozási idő nagyságrendileg egyharmadára csökkent (7, 9). Az OECD tagországok között ennek a műtétnek az átlagos várakozási ideje csak Hollandiában alacsonyabb, mint hazánkban. Fontos megjegyezni, hogy a különbség elhanyagolható: mindössze egynapos a két ország eredménye között (9).

A finanszírozási ösztönzők jelentős hatást gyakorolnak az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi mutatóira, az egészségügyi intézmények aktivitására, valamint az egészségügyi ellátórendszer fejlődésére is (33–42). A várólista-csökkentésre fordított egészségbiztosítási többletforrások esetében is azt tapasztaltuk, hogy megfelelő ösztönzőt jelentettek az egészségügyi intézményeknek az ellátott betegek számának növelésére.

Kutatáslimitáció

Az igénybevételi mutatókat az esetszámok változásán keresztül ismertettük, azaz egy beteg akár több esetszámot is képviselhetett adatbázisunkban. Mindezt azért választottuk, mert a nemzetközi irodalmi közlemények is elsősorban az esetszám terminológiát alkalmazzák a betegszámok helyett. Ezen túl további limitációt jelentett, hogy kizárólag az „X” térítési kategóriában elszámolt esetek megoszlását vizsgáltuk, vagyis az adatbázis a „4”, illetve a „Z” kategóriás eseteket sem tartalmazta. Kizárásuk azért történt, mert ezek elszámolt esetszámai nyilvános forrásból nem elérhetők. Mindezen túl további limitációt jelentett a kutatás során, hogy a magyarországihoz hasonlító, szisztematikus várólista-csökkentési programról nem található közlemény a nemzetközi szakirodalomban, így sem a program során biztosított többletforrás-allokációs technikája, sem pedig a várólista-csökkentés során megjelenő földrajzi különbségeket nem tudtuk összehasonlítani más országok gyakorlataival.

TÁMOGATÁS

A közlemény az Innovációs és Technológiai Minisztérium Tématerületi Kiválósági Program 2020 Intézményi Kiválóság Alprogramja / Nemzeti Kiválóság alprogramja támogatásával készült, a Pécsi Tudományegyetem 2. tématerületi és a „Biomedical Engineering” tématerületi program keretében. Azonosítószám: „2020-4.1.1-TKP2020”. Szakmai vezető: Prof. dr. Kovács L. Gábor, az MTA r. tagja.

A közlemény az Új Nemzeti Kiválósági Program 19-3-I kódszámú pályázat támogatásával készült.

Irodalom

- OECD (2020), *Waiting Times for Health Services: Next in Line*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
<https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>
- Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Pol* 2014;118:292-303.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.08.011>
- Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in health care: limitations and prospects. *Health Pol* 2013;112:53-61.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.013>
- Weingessel B, Wahl M, Vécsei-Marlovits PV. Patients' maximum acceptable waiting time for cataract surgery: a comparison at two time-points 7 years apart. *Acta Ophthalmol*. 2018;96:88-94.
<https://doi.org/10.1111/aos.13439>
- Lungu DA, Grillo Ruggieri T, Nuti S. Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery. *BMC Health Serv Res* 2019;11:1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4199-6>
- Smirthwaite G, Lundström M, Wijma B, Wijma B, Swahnberg K. Inequity in waiting for cataract surgery- an analysis of data from the Swedish National Cataract Register. *Int J Equity Health* 2016;15:1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12939-016-0355-3>
- OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól.
- 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól.
- Kiss Zs, Nagy J, Gimesi-Ország J, Deme J, Hollósy E. Hozzáférhetőség, transzparencia, költségkorlátosság - az Országos On-line Várólista-nyilvántartási Rendszer (SOR-REND) ellátás-fejlesztésre gyakorolt hatása, eredmények és tapasztalatok. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy* 2016;16(6):5-15.
- 124/2015 Korm. rendelet (V.26.) az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról.
- 287/2018. (XII. 21.) Korm. rendelet az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) STADAT, A lakónépesség nem szerinti 2001-2019. Elérhető: http://www.ksh.hu/stadat_eves_6_1. Letöltve: 2020.06.17.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) STADAT, 4.1.2.1. Dolgozó orvosok megye és régió szerint 2002-2020. Elérhető: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0044.html. Letöltve: 2021.12.03.
- Sánchez-Recio R, Alonso JP, Aguilar-Palacio I. The use of health care services in the Great Recession: evaluating inequalities in the Spanish context. *Gac Sanit* 2020;34:245-52.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.009>
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH). STADAT, Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor. Elérhető: https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd008.html. Letöltve: 2020.06.17.
<https://doi.org/10.37558/gec.v17i1.691>
- Hashemi H, Pakzad R, Yekta A, Aghamirsalim M, Pakbin M, Ramin S, et al. Global and regional prevalence of age-related cataract: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eye* 2020;34:1357-70.
<https://doi.org/10.1038/s41433-020-0806-3>
- Borrell C, Rue M, Pasarin MI, Rohlfis I, Ferrando J, Fernandez E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviours and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994). *Prev Med* 2000;31:691-701.
<https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0751>
- Janković J, Šiljak S, Erić M, Marinković J, Janković S. Inequalities in the utilization of health care services in a transition European country: results from the national population health survey. *Int J Public Health* 2018;63:261-72.
<https://doi.org/10.1007/s00038-017-1009-y>
- Kovács E, Girasek E, Kozák A, Sziklai M, Bélteki Zs, Páva H, et al. Helyzetkép az elvándorlásban érintett orvosi szakterületek hazai humanerforrás-ellátottságáról. *Orv Hetil* 2019;160:1223-30.
<https://doi.org/10.1556/650.2019.31413>
- Nowak MS, Smigielski J. The prevalence of age-related eye diseases and cataract surgery among older adults in the city Lodz, Poland. *J Ophthalmol* 2015;2015:1-7.
<https://doi.org/10.1155/2015/605814>
- Nowak MS, Grabska-Liberek I, Michalska-Matecka K, Grzybowski A, Kozioł M, Niemczyk W, et al. Incidence and Characteristics of Cataract Surgery in Poland, during 2010-2015. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:1-13.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15030435>
- Maradit Kremers H, Larson DR, Crowson CS, Kremers WK, Washington RE, Steiner CA, et al. Prevalence of Total Hip and Knee Replacement in the United States. *J Bone Joint Surg Am* 2015;97:1386-97.
<https://doi.org/10.2106/JBJS.N.01141>
- Garriga C, Leal J, Sánchez-Santos MT, Arden N, Price A, Prieto-Alhambra D, et al. Geographical Variation in Outcomes of Primary Hip and Knee Replacement. *JAMA Netw Open* 2019;10:1-26.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14325>
- Pónusz R, Endrei D, Kovács D, Németh N, Schiszler B, Molics B, et al. Az egy napos sebészeti ellátás igénybeveteli mutatóinak elemzése Magyarországon. *Orv Hetil* 2019;160:670-8.
<https://doi.org/10.1556/650.2019.31342>
- Smith H, Currie C, Chaiwuttisak P, Kyrianiou A. Patient choice modelling: how do patients choose their hospitals? *Health Care Manag Sci* 2018;21:259-68.
<https://doi.org/10.1007/s10729-017-9399-1>
- Beukers PDC, Kemp RGM, Varkevisser M. Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands. *Eur J Health Econ* 2014;15:927-36.
<https://doi.org/10.1007/s10198-013-0535-7>
- Sivey P. The effect of waiting time and distance on hospital choice for English cataract patients. *Health Econ* 2012;21:444-56. <https://doi.org/10.1002/hec.1720>
- Endrei D, Molics B, Agoston I. Multicriteria decision analysis in the reimbursement of new medical technologies: real-world experiences from Hungary. *Value Health* 2014;17(4):487-9.
<https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.01.011>
- Boncz I, Sebestyén A. Financial deficits in the health services of the UK and Hungary. *Lancet* 2006;368(9539):917-8.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69369-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69369-0)
- Molics B, Boncz Imre, Leidecker E, Horváth CZ, Sebestyén A, Kránicz J, et al. A neurológiai kórképek fizioterápiás ellátásának egészségbiztosítási vonatkozásai a járóbeteg-szakellátásban. *Ideggyogy Sz* 2015;68(11-12):399-408.
<https://doi.org/10.18071/isz.68.399>
- Boncz I, Evetovits T, Dózsa Cs, Sebestyén A, Gulácsi L, Ágoston I, et al. The Hungarian Care Managing Organization Pilot Program. *Value Health Reg Issues* 2015;7:27-33.
<https://doi.org/10.1016/j.vhri.2015.04.005>

37. Betlehem J, Horvath A, Jeges S, Göndöcs Z, Németh T, Kukla A, et al. How healthy are ambulance personnel in Central Europe? *Eval Health Prof* 2014;37(3):394-406. <https://doi.org/10.1177/0163278712472501>
38. Boncz I, Nagy J, Sebestyén A, Kőrösi L. Financing of health care services in Hungary. *Eur J Health Econ* 2004;5(3):252-8. <https://doi.org/10.1007/s10198-004-0228-3>
39. Boncz I, Sebestyén A, Csákvári T, Ágoston I, Szabados E, Endrei D. A kardiológiai rehabilitáció teljesítménymutatói Magyarországon. *Orv Hetil* 2019;160(Suppl 1):6-12. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31370>
40. Balázs P. A finanszírozás tudathasadása - megoldási kényszerek a magyar egészségügyben. *Lege Artis Med* 2019;29(8-9):347-57. <https://doi.org/10.33616/lam.29.035>
41. Kosztolányi Gy, Ádám V, Csiba L, Demetrovics Zs, Falus A, Harrach B, et al. Az egészségügyi korszakváltás peremfeltételei. Az MTA Elnöki Bizottság az Egészségért állásfoglalása a 21. századi egészségügyi kihívásokról. *Lege Artis Med* 2019;29(10):481-4.
42. Németh B. Egészség-gazdaságtan Magyarországon: nagy potenciál, kihagyott lehetőség? *Lege Artis Med* 2018;28(6-7):271-4.



Megújult az európai cardiovascularis SCORE-kockázatbecslés

Bár Európa számos országában csökkent az atheroscleroticus cardiovascularis betegségek előfordulása és mortalitása, mégis változatlanul ezek a betegségek képezik a morbiditás és mortalitás legfőbb okát. Az új európai preventációs irányelvek a rizikófaktorok beazonosítására, az egészséges életmód népszerűsítésére helyezik a fő hangsúlyt. A kezelési célokat egyénre szabottan kell meghatározni, lépcsőzetes megközelítéssel. A korábbi kockázatbecslő táblázat helyébe a SCORE2-táblázat lépett, mely már nem az összcholeszterint, hanem az egyszerűen kiszámítható non-HDL-choleszterint veszi figyelembe, és az idős korosztályban is alkalmazható (SCORE2-OP). Használatával a 10 éven belüli fatális és nem fatális szív-ér rendszeri események abszolút kockázatát lehet megbecsülni. További újítása, hogy Európa országait négy kockázati szintre osztja, így az adott szintnek megfelelő táblázatot használhatjuk (Magyarország a nagy kockázatú országok közé tartozik).

A LAM szerkesztőségének véleménye szerint elsők között kell kézzelfogható segítséget adnunk a preventcióban érdekelt orvosok kezébe egy jól áttekinthető táblázathoz, az orvosi rendelő falára kifüggeszhető faliújság formájában annak érdekében, hogy a szakemberek, miután pontosabban meghatározták az egyéni szív-ér rendszeri kockázatot, ezt a beteg számára is érthető, szemléletes módon el tudják magyarázni. A táblázat megjelenítésével válik teljessé a LAM azon törekvése, hogy mindig a legújabb preventációs irányelvekkel ismertesse meg az olvasóit. Érdeemes elővenni a LAM előző négy számát, hogy újra átnézzék a témával kapcsolatban *Vályi Péter* és *Kékes Ede* négy cikkből álló sorozatát, míg a jelenlegi számban a perifériás érbetegségről, illetve a vascularis öregedésről szóló közlemények egészíthetik ki olvasóink ismereteit, és formálhatják preventióról alkotott szemléletüket.

Szerkesztőségünk reméli, hogy a kiadványt hasznosnak találják, és alkalmazzák is betegeik szív-ér rendszeri betegségeinek megelőzésére a mindennapi gyakorlatban.

Felhasznált irodalom

Visseren FLJ, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal* 2021;1:111. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>