

Az alacsony értékű egészségügyi szolgáltatások új nemzetközi definíciója és klasszifikációja az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésében

RÁCZ Klára dr.¹ ■ NÉMETH János dr.² 

¹Országos Kórházi Főigazgatóság, Minőségirányítási Iroda, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szemészeti Klinika, Budapest

A jelen közlemény célja az alacsony értékű egészségügyi szolgáltatások (low-value care) új definíciójának és csoportosításának bemutatása, amelyet az Európai Bizottságnak az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésével foglalkozó tagállami szakértői csoportja (Health Systems Performance Assessment Expert Group) dolgozott ki. Az új definíció és a részletes leírás három fő és egy kiegészítő low-value care kategóriát határoz meg: az egészségügyi szolgáltatások túlzott, helytelen és alulhasználatát, valamint a nem kívánt, indokolatlan variációkat és eltéréseket. A fő kategóriák összesen 9 alcsoportra/típusra bonthatók le, amelyeket röviden ismertetünk. Ezenkívül a közlemény bemutatja az alacsony értékű egészségügyi szolgáltatások mérésének és monitorizálásának lehetséges módszereit, valamint a low-value care előfordulás csökkentésének lehetőségeit. Az alacsony értékű ellátás új definíciója átfogóbb, mint a korábbi definíciók, mert az alacsony értékű ellátási helyzetek szélesebb spektrumát fedi le, ami új utakat nyit az egészségügyi vezetők számára az alacsony értékű ellátások felderítésében és csökkentésében, és ezáltal hozzájárulhat az egészségügy jobb fejlesztéséhez országos és regionális szinten is. Az új definíciót tartalmazó publikált közleményben egyaránt fontos, hogy gyakorlati szempontból ismerteti, hogyan lehet felismerni és mérni az alacsony értékű ellátást, valamint bemutatja a lehetséges beavatkozási stratégiákat is az alacsony értékű ellátás csökkentésére. Ezek alapján hasznos gyakorlati útmutatót nyújthat egészségügyi vezetők számára.

Orv Hetil. 2025; 166(44): 1722–1729.

Kulcsszavak: értékalapú egészségügyi ellátás, alacsony értékű egészségügyi szolgáltatás, egészségügyi egyenlőtlenségek, orvosi túlhasználat, minőségfejlesztés

New international definition and classification of low-value care in the health system performance assessment

The aim of this article is to present the new definition and classification of low-value healthcare services, developed by the European Commission's Health Systems Performance Assessment Expert Group. The new definition and detailed description identify three main categories: overuse, misuse, and underuse of healthcare services, and one supplementary category: unwarranted and unjustified variations. The main categories are divided into nine subgroups/types, briefly outlined herein. The paper also reviews potential methods for measuring and monitoring low-value care, as well as strategies for reducing its incidence. Compared to earlier definitions, this new framework is more comprehensive, encompassing a broader range of low-value care situations. It provides healthcare leaders with expanded opportunities to detect and address low-value practices, thereby supporting improvements in healthcare delivery at both national and regional levels. Importantly, the published report offers practical guidance on recognizing and quantifying low-value care, alongside actionable intervention strategies for its reduction, making it a valuable resource for healthcare decision-makers.

Keywords: value-based health care, low-value care, healthcare disparities, medical overuse, quality improvement

RÁCZ K, NÉMETH J. [New international definition and classification of low-value care in the health system performance assessment]. Orv Hetil. 2025; 166(44): 1722–1729.

(Beérkezett: 2025. augusztus 18.; elfogadva: 2025. szeptember 10.)

Rövidítések

HPV = humán papillomavírus; HSPA = (Health Systems Performance Assessment Expert Group) az Európai Bizottságnak az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésével foglalkozó tagállami szakértői csoportja; OECD = (Organisation for Economic Co-operation and Development) Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet; PCSK9 = (proprotein convertase subtilisin/kexin type 9) propeptinkonvertáz szubtilizin/kexin 9

A hazai szakirodalomban kevés szó esik az alacsony vagy csekély értékű egészségügyi ellátás (low-value care) fogalmáról, valamint elkerülésének fontosságáról és annak lehetőségeiről.

Gaál az egészségügyi rendszerek fejlesztésének társadalmi és technológiai innovációiról szóló cikkében ír a „csekély hasznosságú beavatkozásokról”, és megemlíti néhány példát, valamint hangsúlyozza az egészségügyi beavatkozások, gyógyszerek objektív, torzításmentes bemutatásának fontosságát, hogy a betegek a saját ellátásukkal kapcsolatos döntésekbe megfelelően beleszólhassanak (bevonhatók legyenek) [1].

A nemzetközileg elfogadott definíció szerint „Az egészségügyi ellátás minősége az a mérték, amennyire az ellátás megbízhatóan javítja az egészségügyi kimeneteket, összhangban a tudományosan megalapozott tudással és a betegek igényeivel” [2]. A low-value care az értékalapú egészségügyi ellátás (value-based healthcare) tágabb témakörének része [3–5], amelyről már több hazai szerző is írt [6–10].

A *low-value care definícióját* illetően három fő irányzat ismerhető fel a korábbi nemzetközi szakirodalomban [11].

Az *első definíció* azt emeli ki, hogy az ellátás nem nyújt előnyt vagy csak kicsi hasznot jelent a beteg részére, és megemlíti a túlzott vagy helytelen alkalmazás szerepét: „Olyan egészségügyi szolgáltatások, amelyek kevés vagy semmilyen hasznot nem biztosítanak – akár túlzott, akár helytelen használat miatt” [12].

A *második definíció* magában foglalja az ellátás költségét és a beteg számára jelentkező hasznosságot, összevetve a lehetséges alternatívákkal – beleértve a kezelés elmaradását is. „Az alacsony értékű ellátás a nettó haszon (a beteg szempontjából releváns eredmény) alapján határozható meg, azaz az egyén vagy csoport számára várható haszon és költség függvényében, és az alternatívákhoz képest értékelendő – beleértve a kezelés hiányát is” [13].

A *harmadik definíció* részletesebb, leírja az érintett ellátási formákat, és bevonja a rizikó lehetőségét, valamint a rizikó/haszon arányt is a költséghatékonyság mellett. „Az alacsony értékű egészségügyi gyakorlatokat (azaz az alacsony értékű ellátásokat) tágabb értelemben olyan orvosi vizsgálatokként vagy kezelésekként definiálják, amelyek folyamatos alkalmazása akadályozza a páciens számára az egészségi állapotban elérhető legnagyobb eredmény elérését, kockázatai meghaladják az előnyöket, vagy nem költséghatékonyság (a ráfordítás nincs össz-

hangban az egészségi állapotban elért eredmény mértékével). A betegek és gondozóik számára az alacsony értékű vizsgálat vagy kezelés fizikai, pszichológiai és pénzügyi következményekkel járhat” [14, 15].

Az Európai Bizottságnak az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésével foglalkozó tagállami szakértői csoportja (European Commission’s Member States Expert Group on Health Systems Performance Assessment – HSPA) felismerte a low-value care definíciók és indikátorok hiányosságait, és ezek pótlására 2023 decembere és 2024 februárja között felmérést végzett a szakértői csoport tagjainak bevonásával. A felmérés célja az volt, hogy megalkossa a low-value care új átfogó definícióját, összegyűjtse a jelenleg mérésére használt mutatókat, meghatározza a módszertani nehézségeket, valamint azonosítsa az alacsony értékű ellátás igénybevételének csökkentésére szolgáló jelenlegi és új megoldásokat. A felmérésre 17 európai uniós tagállamból és Norvégiából húsz szakértő válaszolt [11]. Hazánk részéről a jelen közlemény szerzői vettek részt a felmérésben, valamint az azt követő megbeszélésekben és a publikáció kidolgozásában. A jelen tanulmány célja a szakértői csoport által kidolgozott új definíció és csoportosítás bemutatása, megemlítve a low-value care csökkentésének lehetőségeit is.

A low-value care új definíciója és típusai

A low-value care-nek a HSPA szakértői csoportja által meghatározott új átfogó definíciója a következő [11]:

„Az egészségügyi rendszer szempontjából az alacsony értékű ellátás magában foglalja az egészségügyi szolgáltatások (például megelőzés, diagnosztika, kezelés, gyógyszerelés) túl-, helytelen és alulhasználatát. A túlzott és/vagy helytelen igénybevétel magában foglalja a káros, hatástalan, nem megfelelő vagy nem költséghatékonyságú egészségügyi szolgáltatások nyújtását. Az alulhasználat azokra az egészségügyi szolgáltatásokra utal, amelyeket a szükségesség ellenére nem nyújtanak vagy nem vesznek igénybe. Az alacsony értékű ellátás negatív következményekkel járhat a betegek, gondozóik, az egészségügyi munkaerő, az egészségügyi rendszer egésze és a tágabb környezet számára.”

A definícióban három low-value care kategória szerepel: a túl-, a helytelen és az alulhasználat, amely még kiemlése a „nem kívánt vagy indokolatlan variációk/eltérések” szerepével – az utóbbi az alacsony értékű ellátás megnyilvánulásaként annak azonosításában és kezelésében fontos módszertani lehetőség.

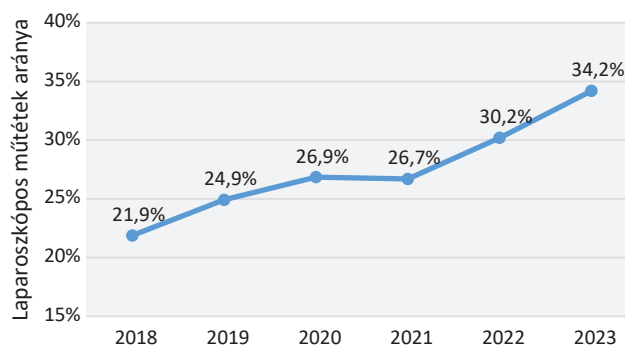
Túlzott vagy helytelen használat

Ebben a low-value care csoportban 5 alcsoport jelenik meg [11, 16].

A) A legsúlyosabb alcsoport az olyan szolgáltatások nyújtása, amelyek több rizikót jelentenek, mint előnyt, és károsítják a betegeket, például kórházi fertőzés, sebészi műhiba (például: rossz oldali műtét) vagy nem biztonságos technológia (például: ellenjavallt gyógyszerek felírása) révén. Ezek az eljárások nem javasoltak, alkalmazásuk megszüntetésére/csökkentésére stratégiákat kell kidolgozni.

B) A következő alcsoportba olyan eljárások tartoznak, amelyeknek nincs hasznuk az adott beteg számára vagy az ilyen betegségben szenvedő összes beteg számára, vagy az előny/hátrány arány kedvezőtlen. A várható eredmények, orvosi kritériumok, irányelvek vagy preferenciák alapján alkalmatlan vagy nem megfelelő eljárások tartoznak ebbe az alcsoportba (mint például: komplikációmentes akut orrmelléküreg-gyulladás komputertomográfiája, preoperatív mellkasröntgen vagy rákszűrés az ajánlott korcsoporton kívüli betegeknél), és alkalmazásuk kerülendő. Ebben az alcsoportba sorolhatjuk a defenzív medicina okozta hátrányokat. *Botz és mtsai* a Pécsi Tudományegyetem Orvosi Képző Központjának munkáját elemezve azt találták, hogy 2012 és 2023 között jelentősen nőtt a klinikus kollégák által kért képző vizsgálatok komplexitása és száma, ami növekvő munkaterhelést jelent a képző diagnosztikában dolgozók számára [17]. A vizsgált bő tíz év alatt a teljes éves képi adatmennyiség 200,7%-kal, a képszám 506,3%-kal, a vizsgálati szám pedig 69,4%-kal emelkedett. Utalnak arra, hogy az ellátás és a technológia színvonalának emelkedése, a javuló hozzáférés és az általános digitalizáció mellett kedvezőtlen folyamatok – mint a defenzív medicina térhódítása (a túlzott/indokolatlan vizsgálatkérések) – is hozzájárultak a képző diagnosztikai túlterhelés kialakulásához. Bár a szerzők kiemelik, hogy nemzetközi viszonylatban megfigyelhető jelenségről van szó, átfogó, rendszerszintű megoldást sürgetnek annak érdekében, hogy mindez ne vezessen a betegbiztonság romlásához [17].

C) Ebben az alcsoportba olyan egészségnyereséggel járó szolgáltatások tartoznak, amelyeknél vannak költséghatékonyabb alternatívák: olyanok, amelyek azonos eredményt nyújtanak, de olcsóbbak, vagy olyanok, amelyek jobb eredményt adnak azonos költséggel. Idetartozik például a laparoszkópos műtétek alkalmazása a nyitott hasi műtétekkel szemben, amelyek a betegek számára sokkal kisebb megterhelést jelentenek, és rövidebb kórházi tartózkodással járnak. Azon kívül, hogy a betegek számára többnyire kedvezőbb eljárást jelentenek, még alacsonyabb költséggel is járnak – ezért a laparoszkópos műtétek arányának növekedése kívánatos. Hazánkban a laparoszkópos műtétek aránya a sebészeti, nőgyógyászati és urológiai szakterületeken 2018 és 2023 között országosan fokozatosan emelkedett – a 2021. évi kismértékű megtorpanás ellenére (1. ábra). Az ábrából kiolvasható, hogy 2018-ban a laparoszkópos műtétek aránya csak 21,9% volt, ami a laparoszkópia mint kívánatos módszer alulhasználatát jelzi, de úgy is fogalmazha-



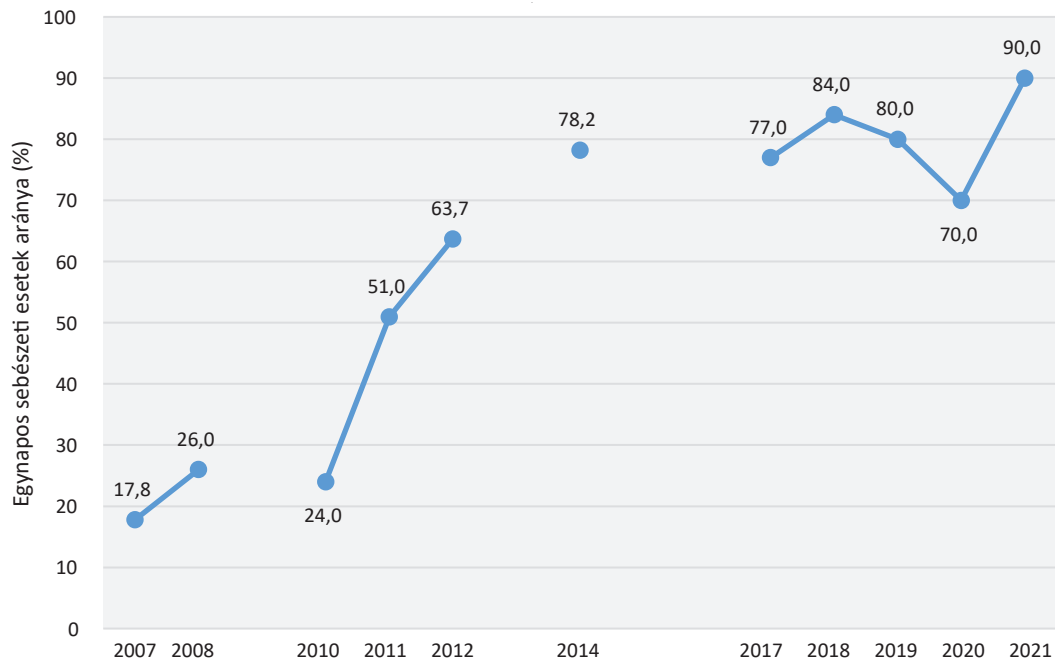
1. ábra

A laparoszkópos műtétek aránya hazánkban, országos adat, 2018–2023. A grafikon három szakma (sebészet, nőgyógyászat, urológia) olyan beavatkozásainak összesített adatait mutatja, amelyeknek van laparoszkópos és feltárási műtéti kódjuk is (az adatok forrása: Országos Kórházi Főigazgatóság)

tunk, hogy a feltárási műtétek túlhasználatát (78,1%) mutatja. Általában is jellemző, hogy ugyanazt a tényt kétféleképpen is megfogalmazhatjuk a nézőponttól függően. Egy adott állapot például a korszerűbb ellátás alulhasználatát, ugyanakkor a korszerűtlen ellátás túlhasználatát is mutatja. Időbeli elemzéssel a változás tendenciája és mértéke is vizsgálható. Jelen példánkban hazánkban a kívánatos laparoszkópos műtétek összes növekedése 2018 és 2023 között 56,3%-os volt, és aránya 2023-ra elérte a 34,2%-ot. További példák: márkanévvel ellátott gyógyszer, amikor generikus gyógyszer rendelkezésre áll, vagy a PCSK9-gátlók a szív- és érrendszeri betegségek másodlagos megelőzésére.

D) Olyan esetek tartoznak ide, amelyeknél léteznek hasonló előnyöket biztosító alternatívák, miközben környezetileg fenntarthatóbbak (vagy ugyanazon környezeti hatás mellett nagyobb hasznot hoznak). Erre lehet példa a szén-dioxid-intenzív szolgáltatások felváltása kevésbé szén-dioxid-intenzív szolgáltatásokkal – mint például a műtéti szemét csökkentése: az ugyanolyan biztonságosan alkalmazható, többszöri felhasználás céljából sterilizálható anyagok alkalmazása az egyszer használatos anyagok helyett. A környezeti szén-dioxid-terhelés csökkenthető az ellátásszervezés, az ellátási forma módosításával is: *Phull és mtsai* becslései szerint Angliában jelentősen csökkent a hólyagdaganatok transurethralis reszekciójával kapcsolatos szénlábnyom a nappali ellátások arányának fokozatos növekedésének eredményeként [18]; illetve *Parker és mtsai* közleményükben megállapították, hogy a klinikán belüli ortopédiai ellátás szénlábnyoma nagy, és csökkenthető a személyes ellátásról a virtuális ellátásra való áttéréssel [19].

E) Ebben az alcsoportban olyan szolgáltatások vannak, amelyeket a szükségesnél költségesebb környezetben/progresszivitási szinten vagy költségesebb szakmák nyújtanak, és ezért növelik a költségeket anélkül, hogy több betegelőnyt eredményeznének. Például: fekvőbeteg-ellátás nappali sebészet helyett jogosult esetekben; szükségtelen kórházi kezelés; olyan szolgáltatások, amelyeket ápoló is nyújthat, de orvos nyújtja őket (például



2. ábra | Az egynapos esetek aránya a szürke hályog műtéti ellátása során hazánkban, országos adat, 2007–2021 [20]

sebkezelés). Erre egy hazai példa *Nagy és mtsai* közleménye [20]. A betegek és az egészségügyi intézmények közös érdeke, hogy a szürke hályog műtéti ellátása során a páciens a lehető legrövidebb időt töltse az operálóintézményben, azaz a fekvőbeteg-ellátás helyett a beavatkozás egynapos ellátás keretében valósuljon meg. Ez egyszerre növeli a betegbiztonságot és a beteg kényelmét, miközben költségmegtakarítást is eredményez. A 2. ábra 2007 és 2021 között mutatja az egynapos esetek arányát a szürke hályog műtéti ellátása során hazánkban [20]. Látható, hogy az első években a fekvőbeteg-ellátás nagyarányú (82,2%-os, erős túlhasználat), az egynapos ellátások aránya pedig még nagyon alacsony volt (alulhasználat), később azonban jelentősen emelkedett. A kívánatos egynapos műtétek arányának összes növekedése 2007 és 2021 között 405,6%-os volt, és aránya 2023-ra elérte a 90%-ot [20].

Alulhasználat

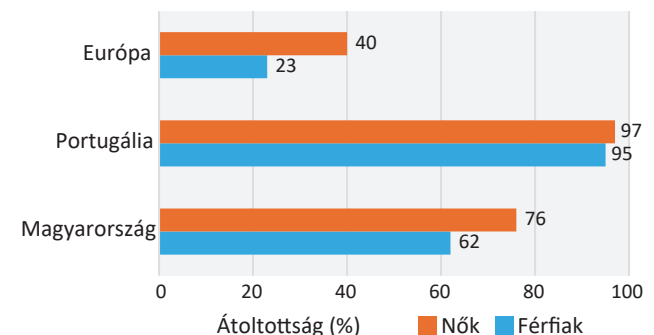
Ebbe a csoportba olyan egészségügyi szolgáltatások tartoznak, amelyeket nem nyújtanak, habár szükséges lenne, vagy a betegek nem veszik igénybe. Az alulhasználat két alcsoportját lehet megkülönböztetni.

H) Olyan szolgáltatások tartoznak ide, amelyek szükségesek és költséghatékonyak tekinthetők, de nem nyújtják az adott klinikai leírásnak megfelelő betegnek, vagy a beteg nem veszi igénybe. Ez a kategória magában foglalja mind az egyéni betegeknek nem kínált szolgáltatásokat, mind a rendszeren belüli betegcsoportokat (mint például ha egy bizonyos korosztály nem részesül a szükséges szűrésekben, ilyen szolgáltatás a javallt rákszűrés vagy a javallt krónikusbetegség-követés [például cu-

korbetegség esetén]). E szolgáltatások nyújtásának vagy igénybevételének hiánya nemcsak rosszabb betegeredményekhez vezethet, hanem a jövőben a kompenzációs szolgáltatások nagyobb költségeit is okozhatja.

I) Ez az alcsoport olyan szolgáltatásokat foglal magában, amelyek szükségesek és későbbi költségeket takarítanak meg. Ezek olyan szolgáltatások, amelyeket nagy értékűnek tekintenek, mint például a védőoltások, de a lakosság és a betegek számára az egyértelmű előnyök ellenére sem nyújtják őket, vagy a beteg nem veszi igénybe őket.

Egy kedvező tendenciát mutat be a 3. ábra [21]. A HPV (humán papillomavírus) elleni oltóanyagok a méhnyakrák elsődleges megelőzésére szolgálnak. Hazánkban mind a lány-, mind a fiúgyermekek átoltottsága sokkal jobb, mint az európai átlag, de elmarad a vezető portugál átoltottságtól, ami jelzi, hogy a hazai átoltottság tovább növelhető.



3. ábra | A humán papillomavírus (HPV) elleni átoltottság 15 éves korban az első oltásra vonatkozóan, 2024 [21]

Nem kívánt, indokolatlan variációk/eltérések

Utolsó lépésként a keretrendszer figyelembe veszi az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában mutatkozó indokolatlan eltérések jelentőségét, azaz azokat az eltéréseket, amelyeket nem magyaráznak a különböző igények [11]. Az egészségügyi ellátás igénybevételének eltérései egy országon belül komplexek. Bizonyos esetekben tükrözhetik az egészségügyi szükségletek, a betegek preferenciái vagy egy terápiás innováció elterjedésének különbségeit. A megfigyelt eltérések némelyike azonban indokolatlan, az egészségügyi szolgáltatások túl- vagy alulhasználatát vagy mindkettőt jelzi [11, 22]. Az indokolatlan eltérés előfordulhat országokon belül vagy országok között, valamint betegcsoportok között is. Ezen belül két alcsoport különböztethető meg.

F) Földrajzi eltérések a szolgáltatások nyújtásában, költségeiben és/vagy minőségében. A földrajzi alapú területi egyenlőtlenségeket évtizedek óta ismerjük; az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Health Inequality Monitor adatbázisa és az OECD Data Explorer Health adatbázisa az 1990-es évek óta hasznos nemzetközi összehasonlítást tesz lehetővé [22]. Itt kiemelhető az antimikrobás szerek körültekintő használatának elősegítése, amely alapvető fontosságú az antibiotikumrezisztencia megjelenésének és terjedésének csökkentésére [23, 24]. Mivel az antibiotikumhasználat gyakorisága az egyes európai országokban lényegesen eltérő, továbbá a „széles spektrumú” és a „szűk spektrumú” antibiotikumok aránya a közösségi szektorban egyre nő, számos európai országban felül kell vizsgálni ezen antibiotikumok alkal-

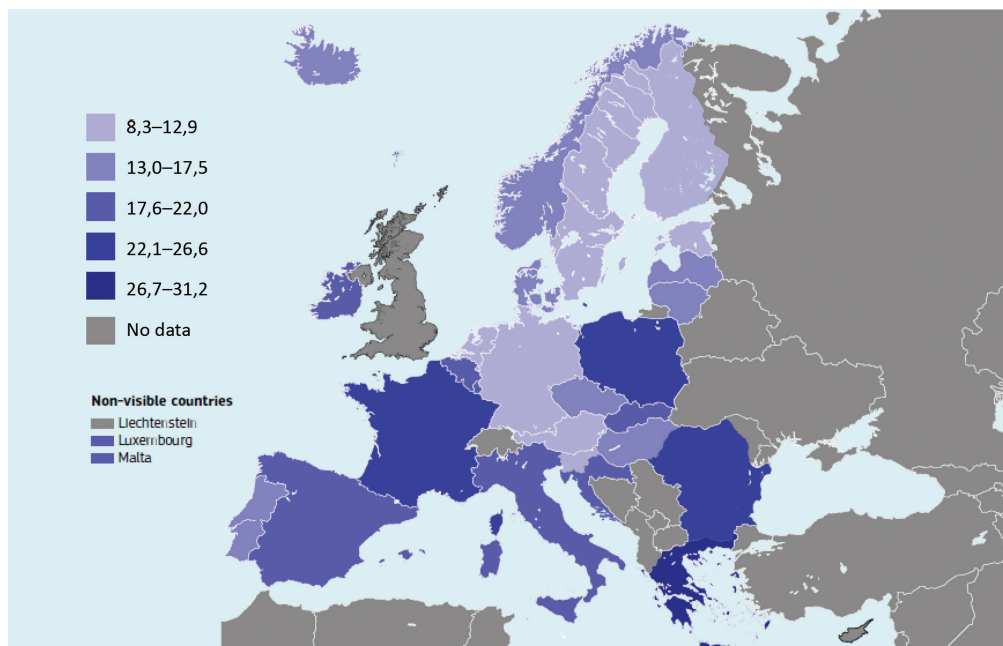
mazásának javallatait és alkalmazási gyakorlatát [23, 25] (4. ábra).

G) Betegcsoportok közötti eltérések a szolgáltatások nyújtása, költségei és/vagy minősége tekintetében, például társadalmi-demográfiai szempontok alapján megkülönböztetve.

Az alacsony értékű ellátások azonosítása, mérése és követése

A low-value care mérésének és követésének előfeltétele a low-value care felismerése. Az alacsony értékű ellátás azonosítására vannak ismert és egymást kiegészítő módszerek [26]. Ilyenek például az evidenciákon alapuló szakmai irányelvekben vagy szakmai útmutatókban meghatározott ellátások, amelyek végzését nem ajánlják. Ilyenek továbbá a nem kívánt vagy indokolhatatlan földrajzi vagy betegcsoportok közötti különbségek. Az Európai Bizottság és számos ország foglalkozott már a low-value care felismerésének lehetőségeivel [3], amelyek között a klinikusok által vezetett kezdeményezések közül a 'Choosing Wisely' a legkiemelkedőbb példa.

A low-value care mérésére számos indikátort javasoltak a szakirodalomban. Ezekből egy válogatott listát mutat be a hivatkozott HSPA-dokumentum a 2. mellékletében [11]. A felmérésben részt vevő országok közül hétben már használnak ilyen indikátorokat, további három pedig a jövőben fog bevezetni ilyeneket, amelyeket a 3. mellékletben és az 5. és 6. táblázatban mutatnak be. Példaként hozható fel a listából a prevenció területén a lakosság átszűrtsége különböző daganatokra; a diag-



4. ábra

Indokolatlan eltérés a „Népesség szerint súlyozott átlagos szisztémás antibakteriális fogyasztás (DDD-ben 1000 lakosra vetítve naponta) a lakosságban (azaz a kórházi szektoron kívül) az EU/EGT országokban” mutató esetében 2022-ben (az ábra az Expert Group on Health Systems Performance Assessment jelentéséből [2025], annak 22. oldaláról származik [11])

DDD = meghatározott napi adag; EU/EGT = Európai Unió/Európai Gazdasági Térség

nosztika terén a szükségtelen preoperatív mellkasröntgen; a gyógyszeres kezelés területén az antibiotikumok használati aránya; valamint egyéb területekről az akut kórházi felvételek aránya olyan állapotokban, amelyek kivizsgálására és kezelésére megfelelő járóbeteg-ellátási lehetőség is biztosított.

A low-value care csökkentésének lehetőségei

A low-value care csökkentése etikai, minőségügyi, gazdasági és környezetvédelmi szempontokból is nagyon fontos. A 'Choosing Wisely De-Implementation Framework' a low-value care csökkentésének következő öt fázisát írta le: 0. fázis: az alacsony értékű egészségügyi ellátás potenciális területeinek azonosítása; 1. fázis: a helyi prioritások azonosítása az ajánlások végrehajtásához; 2. fázis: az akadályok azonosítása és a lehetséges beavatkozások megállapítása ezek leküzdésére; 3. fázis: a végrehajtási programok szigorú értékelése; 4. fázis: a hatékony végrehajtási programok elterjesztése [27]. Megemlíthető, hogy az egészségügyi ellátásban, illetve az egészségügyi technológiák értékelésében felismert alacsony értékű ellátások, illetve alacsony értékű technológiák között összefüggés észlelhető. Egy tanulmány azt vizsgálta, hogyan végzik az egészségügyi technológiák újraértékelését az alacsony értékű ellátások megszüntetésének (kivezetésének) megkönnyítésére, valamint hogyan fogadják és alkalmazzák az egészségügyi technológiák újraértékelésének eredményeit az egészségügyi intézmények [28].

A low-value care csökkentésének számos módszere ismert. Az alacsony értékű ellátások csökkentésére vonatkozó beavatkozások a beteg vagy az egészségügyi dolgozók viselkedését célozzák [29]. Az orvosok, szakdolgozók esetén szóba jöhető beavatkozások: minőségfejlesztési módszerek, mint az audit vagy visszajelzések adása [29, 30]; vagy oktatás, megújított irányelvek kidolgozása és terjesztése [29, 30]; vagy döntést segítő eszközök bevezetése [29, 31]; vagy finanszírozási módszerek alkalmazása [30, 31]. A betegek szempontjából szóba jöhet az oktatás információs anyagok kiadásával és kampányok szervezésével [14, 15, 31]; vagy a beteg bevonása a döntéshozatalba [32]; vagy a prevenció lehetőségeinek népszerűsítése és elérhetőségének megkönnyítése [33, 34].

A HSPA szakértői csoportja által kidolgozott dokumentum számos példát mutat be a low-value care csökkentését célzó megvalósult programok közül több országból, valamint 4. mellékletében hasznos linkek listáját adja hét európai ország nemzeti programjaihoz és a kapcsolódó dokumentumokhoz.

Köztudott, hogy szinte minden alacsony értékű ellátás előfordulásának csökkentése költségeket és erőforrásokat takarít meg. Érdekes kérdés/tényező azonban az alacsony értékű ellátás felderítésének költsége, valamint a csökkentési/enyhítési tevékenységek tervezésének és végrehajtásának költségei is, amelyek a következő költségkomponenseket foglalhatják magukban.

Az alacsony értékű ellátás, valamint annak földrajzi, demográfiai, társadalmi eloszlásának vagy egyenlőtlenségeinek azonosítása és mérése adatgyűjtést igényel. Ez elvégezhető rendelkezésre álló adatforrásokból, vagy célzott felmérések tervezését és elvégzését igényli, ha nem állnak rendelkezésre reprezentatív adatok. A low-value care előfordulásának csökkentésére szükséges programok tervezése és kidolgozása szintén befektetésigényes, mert interdiszciplináris egészségügyi szakértők és döntéshozók közös munkájaként kivitelezhető. A programok megvalósításának költsége a megvalósítandó program típusától függően változik. A program tartalmazhat érdekképviselői kampányt és/vagy új szabályozás(ok) kidolgozását és/vagy az érintett egészségügyi vezetők/személyzet képzését stb.

Következtetés

A HSPA Expert Group szakértői jelentése [11] fontos előrelépés az alacsony értékű egészségügyi ellátások szisztematikus visszaszorításának irányába. Segíti az egészségügyi rendszerek működésének optimalizálását azáltal, hogy korszerűbb, átfogóbb definíciót kínál az alacsony értékű beavatkozások fogalmára, lehetővé téve ezek pontosabb azonosítását, értékelését és kiszűrését. A dokumentum részletesen elemzi az e területen jelenleg alkalmazott indikátorokat, felvázolva azokat a módszertani fejlesztési lehetőségeket, amelyek révén az alacsony értékű beavatkozások nyomon követése és összehasonlítása szélesebb körben alkalmazhatóvá válik. Ezen túlmenően a jelentés konkrét stratégiai javaslatokat is megfogalmaz az alacsony értékű ellátások arányának csökkentésére, különös tekintettel a klinikai irányelvek alkalmazására, a döntéstámogató rendszerek integrációjára, valamint a szervezeti szintű minőségfejlesztési programokra. A dokumentum hangsúlyt helyez az innovatív gyakorlatok, a nemzetközi együttműködések és a tudásmegosztási mechanizmusok ösztönzésére, amelyek elengedhetetlenek a folyamatos minőségfejlesztés és a rendszerhatékonyság növeléséhez.

Összességében a jelentés jelentős mértékben hozzájárulhat a betegközpontú, fenntartható és bizonyítékokon alapuló egészségügyi szolgáltatások megerősítéséhez, nemcsak az Európai Unió tagállamaiban, hanem a globális egészségügyi minőségmenedzsment gyakorlatában is.

Anyagi támogatás: A kézirat megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: R. K.: Irodalomkutatás, adatgyűjtés, a dolgozat írása. N. J.: Irodalomkutatás, adatgyűjtés, a dolgozat írása, szerkesztése. A közlemény végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Gaál P. Social and technological innovation in the development of health systems. [Társadalmi és technológiai innováció az egészségügyi rendszerek fejlesztésében.] *IME* 2022; 21: 5–11. [Hungarian]
- [2] Institute of Medicine (US), Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academies Press, Washington, DC, 2001.
- [3] European Commission. Defining value in “value-based health-care” opinion by expert panel on effective ways of investing in health (EXPH). Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2019. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_defining-value-vbhc_factsheet_en_0.pdf [accessed: July 3, 2025].
- [4] European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe – An overview of current approaches and opportunities for improvement – Report by the Expert Group on Health System Performance Assessment. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2019. Available from: https://health.ec.europa.eu/document/download/7271d4a0-1441-463b-805d-eabfd280e560_en?filename=2019_efficiency_en.pdf [accessed: July 3, 2025].
- [5] Oakes AH, Radomski TR. Reducing low-value care and improving health care value. *JAMA* 2021; 325: 1715–1716.
- [6] Elmer D, Boncz I, Németh N, et al. Changes of payment of physicians between 1998 and 2021 in Hungary. [Az orvosok fizetésének alakulása 1998 és 2021 között hazánkban.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 1146–1154. [Hungarian]
- [7] Lantos L, Szöllös K, Rózsa D, et al. Quantitative and qualitative indicators of neonatological care at the Maternity Private Obstetric and Gynecologic Hospital in 2023. [A neonatológiai ellátás mennyiségi és minőségi mutatói a Maternity Szülészeti és Nőgyógyászati Magánklinikán 2023-ban.] *Orv Hetil.* 2025; 166: 658–668. [Hungarian]
- [8] Menyhei G, Andréka P, Csobay-Novák Cs, et al. Vascular Registry is a tool for quality improvement in vascular medicine. [A Nemzeti Vaszkuláris Regiszter a minőségfejlesztés eszköze az érgyógyászatban.] *Orv Hetil.* 2024; 165(24–25): 950–954. [Hungarian]
- [9] Simon J, Lantos Z. Creating value in the field of healthcare. In: Simon J. (ed.): Marketing in healthcare. [Értéktéremtés az egészségügyben. In: Simon J. (szerk.) Marketing az egészségügyben.] Akadémiai Kiadó, Budapest, 2010; pp. 222–228. Available from: <https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/10089/erteakteremes-az-egeszsegugyben-222-228.pdf?sequence=1> [accessed: June 17, 2025]. [Hungarian]
- [10] Szabó-Maák Z, Kis B, Oláh L. The role of endovascular treatment in acute ischemic stroke – a multidisciplinary approach. [Az endovascularis terápia szerepe és jelentősége a stroke-ellátási láncban. Egy multidiszciplináris megközelítés.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 14–23. [Hungarian]
- [11] European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. Busse R, Achstetter K, Steinbeck V. Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment. Report by the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2025. Available from: <https://op.europa.eu/publication-detail/-/publication/c7788b37-e75f-11ef-b5e9-01aa75ed71a1> [accessed: July 30, 2025].
- [12] Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value lists. *JAMA* 2013; 309: 775–776.
- [13] Colla CH. Swimming against the current – what might work to reduce low-value care? *N Engl J Med.* 2014; 371: 1280–1283.
- [14] Sypes EE, de Grood C, Clement FM, et al. Understanding the public’s role in reducing low-value care: a scoping review. *Implement Sci.* 2020; 15: 20.
- [15] Sypes EE, de Grood C, Whalen-Browne L, et al. Engaging patients in de-implementation interventions to reduce low-value clinical care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2020; 18: 116.
- [16] Busse R, Vogt V, Elshaug AG, et al. Can we lower low-value care? Policy measures and lessons in Australia, Canada, England, France, and Germany. The Commonwealth Fund, New York, NY, 2015. Available from: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_2015_international_symposium_att_g4_can_we_lower_lowvalue_care_policy_measures_and_lessons_in_australia_canada_england_france_and_germany_tubedit.pdf [accessed: July 30, 2025].
- [17] Botz B, Tóth A, Bogner P. Increase in the radiology imaging case volume and workload in a Hungarian university clinical center. [A képi diagnosztikai adatmennyiség, esetszám, valamint a diagnosztikus munkaterhelés emelkedése egy magyar klinikai centrumban.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 1894–1903. [Hungarian]
- [18] Phull M, Begum H, John JB, et al. Potential carbon savings with day-case compared to inpatient transurethral resection of bladder tumour surgery in England: a retrospective observational study using administrative data. *Eur Urol Open Sci.* 2023; 52: 44–50.
- [19] Parker EB, Young CC, Bluman EM, et al. The carbon footprint of in-person versus virtual orthopaedic care. *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev.* 2025; 9: e25.00195.
- [20] Nagy ZZs, Vörös K, Somfalvi B, et al. Cataract surgery in 2021 in Hungary – summary of the results of cataract register. [A hályogsebészet helyzete Magyarországon 2021-ben – a „Cataracta regiszter” eredményeinek összegzése.] *Szemészet* 2022; 159: 94–99. [Hungarian]
- [21] World Health Organization. Immunization data portal vaccination coverage. Available from: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=&location=> [accessed: September 07, 2025].
- [22] OECD. Geographic variations in health care. What do we know and what can be done to improve health system performance? OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris, 2014. Available from: <https://doi.org/10.1787/9789264216594-en> [accessed: July 30, 2025].
- [23] European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) – Annual Epidemiological Report 2023. ECDC, Stockholm, November 2024.
- [24] Council of the European Union. Council recommendation on stepping up EU actions to combat antimicrobial resistance in a One Health approach (2023/C 220/01). Official Journal of the European Union C 220/1. Available from: [https://eurlex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32023H0622\(01\)](https://eurlex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32023H0622(01)) [accessed: September 08, 2025].
- [25] European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) – Annual Epidemiological Report 2022. ECDC, Stockholm, 2023. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-antimicrobial-consumption.pdf> [accessed: September 08, 2025].
- [26] Miller G, Rhyne C, Beaudin-Seiler B, et al. A framework for measuring low-value care. *Value Health* 2018; 21: 375–379.
- [27] Grimshaw JM, Patey AM, Kirkham KR, et al. De-implementing wisely: developing the evidence base to reduce low-value care. *BMJ Qual Saf.* 2020; 29: 409–417.
- [28] Ingvarsson S, Hasson H, von Thiele Schwarz U, et al. Evidence is not enough: health technology reassessment to de-implement low-value care. *Health Res Policy Syst.* 2024; 22: 159.
- [29] Alishahi Tabriz A, Turner K, Clary A, et al. De-implementing low-value care in cancer care delivery: a systematic review. *Implement Sci.* 2022; 17: 24.

- [30] Ingvarsson S, Hasson H, von Thiele Schwarz U, et al. Strategies for de-implementation of low-value care. A scoping review. *Implement Sci.* 2022; 17: 73.
- [31] Patey AM, Soong C. Top-down and bottom-up approaches to low-value care. *BMJ Qual Saf.* 2023; 32: 65–68.
- [32] Riganti P, Kopitowski KS, McCaffery K, et al. The paradox of using SDM for de-implementation of low-value care in the clinical encounter. *BMJ Evid Based Med.* 2024; 29: 14–16.
- [33] Coury J, Miech EJ, Styer P, et al. What's the "secret sauce"? How implementation variation affects the success of colorectal cancer screening outreach. *Implement Sci Commun.* 2021; 2: 5.
- [34] Sutherland K, Leatherman ST, Christianson JB. Paying the patient: does it work? A review of patient-targeted incentives. Health Foundation, London, 2008. Available from: www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/paying-the-patient-does-it-work [accessed: July 3, 2025].

(Németh János dr.,
Budapest, Mária u. 39., 1085
e-mail: nemeth.janos@semmelweis.hu)



15 NYELV TÖBB MINT 40 SZÓTÁR LEKTORÁLVA

- általános és szaknyelvi szókincs A1 szinttől C2 szintig
- 2 órás próbaverzió minden szótárhoz
- asztali gépen, tableten és mobilapplikációban



www.szotarnet.hu

Online. Bárhol. Bármikor.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)