

# Trendek, kihívások és válaszok a szemészeti ellátás közfinanszírozásában 2008-tól napjainkig, Magyarországon

*Trends, challenges and answers in the public financing of ophthalmology from 2008 to the present*

Dr. Dózsa Csaba<sup>1,2</sup> ✉, Tóth Melanie<sup>2</sup>, Dr. Sipos István<sup>3</sup>, Cseh Borbála<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar

<sup>2</sup>Med-Econ Humán Szolgáltató Kft., Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem Multidiszciplináris Egynapos Sebészeti Klinika, Budapest

✉ csaba.dozsa@invitel.hu

A szemészeti ellátás nem szerepel a haláloki statisztikában, emiatt nem tartozik a kiemelt prioritású egészségügyi ellátások közé. Azonban mégis szinte mindenki életében idővel nagy szerepet játszik az életminőség megőrzésében, főleg az életkor előrehaladtával. Közép-kelet-európai egyetemek kutatói a Visegrad Fund (V4) keretében pályázott kis összegű támogatásból 2010-2021 között a visegrádi országokra vonatkozóan szisztematikus elemzést végeztek, és összehasonlították a szemészeti ellátások finanszírozási módszereit és trendjeit. Az elemzések 6-féle szembetegségre, illetve kezelésre terjedtek ki: szürke hályog (cataracta) műtétek, zöld hályog (glaucoma) kezelés, időskori makuladegeneráció (AMD), (diabéteszes makulaödéma (DME) kezelése (intravitrealis injekciók), vitrectomia (PPV), valamint szaruhártya-átültetés (KP, cornea transzplantáció). Az elemzések egyik fő célja az volt, hogy megfelelő tanulságokkal, jógyakorlatokkal szolgáljanak ukrán finanszírozási szakemberek számára, akik hasonló finanszírozási és ellátásfejlesztési programon dolgoznak. Jelen tanulmány célja annak bemutatása, hogy a szemészeti ellátások területén a projekt keretében milyen meghatározó trendeket, kihívásokat tártunk fel a visegrádi országokban, és ez alapján milyen egészségpolitikai és egészségbiztosítási finanszírozási feladatokat fogalmazhatunk meg a döntéshozók számára Magyarországon a következő évekre vonatkozóan.

**Kulcsszavak:** szemészeti ellátás, szürkehályog-várólista, HBCs finanszírozás, AMD, DME

*Ophthalmic care is not one of the top-priority health care services since it does not figure among the most prominent causes in the mortality statistics, yet it plays a big role in almost everyone's quality of life over time, as old age approaches. A group of researchers from Central and Eastern European universities applied for a small amount of support in the framework of the Visegrad Fund (V4) 2010-2023. A comparative analysis was carried out in the field of ophthalmic care by systematically comparing the public financing techniques and trends of the Visegrad countries. The analysis covered 6 ophthalmic treatments: cataract surgeries, glaucoma treatments, age-related*

*macular degeneration (AMD) and diabetic macular oedema (DME) treatment (with intravitreal injections), vitrectomy (PPV), and cornea transplantation (KP). One of the main goals of the lessons was to provide appropriate lessons and good practices to Ukrainian experts for funding professionals working on a similar funding and supply development program. The purpose of this study is to show what significant trends and challenges we have uncovered in the Visegrad countries within the project in the field of ophthalmic care, and based on this, what health policy and health insurance financing tasks can be formulated for the decision-makers in Hungary for the coming years. In the past decade, the number of key ophthalmic services and surgeries has undergone a significant development, one of the main areas of which was cataract surgery, including same-day surgeries, and the number of performed surgeries has increased by 80-120% per country.*

**Keywords:** ophthalmic care, cataract waiting list, DRG financing, AMD, DME

## BEVEZETÉS

A témakör fontosságára leginkább az Egészségügyi Világszervezet (WHO) korábbi 2019-es jelentése [1] hívja fel a figyelmet, mely szerint a megelőzhető látásromlás két fő oka a szürke hályog (33%) és a nem korrigált fénytörési (refraktív) hibák (42%). Resnikoff et al [2]. szerint világszerte az 50 év feletti felnőttek 47,8%-ában alakul ki szürke hályog. A globális vakság 51,0%-a – ez 20 millió embert jelent – ilyen eredetű. A megelőzhető vakság nemzetközileg vezető okai a zöld hályog (glaucoma) és a kezeletlen szürke hályog. A WHO szerint a szürke hályog megelőzésének hatékony módja a vaksághoz vezető szürke hályog műtéti kezelése korszerű műtétes módon, műlencse beültetésével.

A kutatás célja a visegrádi országok szemészeti ellátásának, szabályozásának és finanszírozásának a 2010-2021 közötti időszakot felölelő rendszerező felmérése és összehasonlítása volt, ezt követően pedig a tapasztalatok és jógyakorlatok meghatározása, majd megosztása. Az egészségügyi

jógyakorlatokat a WHO és számos más szakmai műhely is definiálta az elmúlt években [3, 4]. Hazánkban EFOP-os fejlesztéssel 2017-2020 között hozták létre az egészségügyi jógyakorlatok regiszterét online katalógus és keresőfelület formájában (Az egészségügyi ellátórendszer módszertani fejlesztése, 2017-2020, EFOP-1.8.04-VEKOP-17-2017-00001 forrásból), melyek közül alapvetően a műtéti előkészítés, a fájdalomcsillapítás műtéti eszközök csekklistája vonatkozatható a szemészeti műtétekre (specifikusabb ajánlás nem található a szemészeti ellátások vonatkozásában) [5].

A másfél évig zajló projekt keretében 5 szembetegséget és néhány további kiemelt, igen költséges szemészeti ellátást, műtétet elemeztünk: a szürkehályog-műtétet (cataracta), a zöldhályog- (glaucoma) kezelést, az időskori maculadegeneráció (AMD) és cukorbeteg (diabéteszes) makuladéma (DME) kezelését (intravitrealis injekciókkal), vitrectomiát (PPV) valamint a szaruhártya-átültetést (cornea transzplantációt). A kutatók úgy vélték, hogy a visegrádi országok, Lengyelország, Csehország, Szlovákia és Magyarország, valamint Ukrajna kormányzati és egészségpolitikai döntéshozói számára is hasznos lesz a szemészeti szolgáltatások hozzáférhetőségének értékelése (várólisták és a földrajzi elhelyezkedés alapján), az eltérő finanszírozási módszerek jellemzőinek (Diagnosis-Related Groups – DRGs), valamint a köz- és magánfinanszírozás, tb-támogatás és lakossági térítési díjak (Out-of-Pocket Payment, OOP) arányainak vizsgálata. A kutatók egyik feltételezése volt, hogy a finanszírozási ösztönzők jelentősen befolyásolják a nyújtott szemészeti ellátások volumenét, a műtétek számát.

A Visegrad Fund által támogatott projektben 2021 októbere és 2023 májusa között az alábbi intézmények vettek részt: Warsaw School of Economics (SGH) mint projektvezető, National University of Kyiv-Mohyla Academy (NaUKMA), Prague University of Economics and Business (Vysoká škola ekonomická v Praze) a cseh és szlovák finanszírozás feltárására, Debreceni Egyetem a magyarországi szemészeti ellátás és közfinanszírozás helyzetének elemzésére. A másfél éves projekt eredményeiről 2023 májusában záró riport (Final Report) készült [6], valamint 2024 júliusában publikáció jelent meg az ukrán egészségügy számára hasznosítható lengyel és magyar szemészeti finanszírozási jógyakorlatokról [7].

Jelen publikációnkban bemutatásra kerül, hogy a V4-projekten belül a magyar kutatók milyen eredményre jutottak a több mint 10 éves időszak közfinanszírozási adatainak elemzése alapján, és milyen hasznosítható tapasztalatokat gyűjtöttek a több országra kiterjedő összehasonlító elemzések elvégzésével.

Magyarországon a finanszírozás keretét 1993-2016 között az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), majd a 2017-től a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által működtetett Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) költségvetése biztosítja – alapvetően az 1993-ban bevezetett, majd több ütemben továbbfejlesztett teljesítményfinanszírozáson keresztül. Ezek meghatározó módszerei: a járóbeteg-szakellátásban az ún. német pont alapú tevékenységfinanszírozás (WHO- és OENO-kódok), az aktív fekvőbeteg-szakellátásban az átalá-

nyeset-finanszírozású Homogén Betegség-csoport (HBCs) alapú teljesítménydíjazás. 2003-tól ehhez társult az egynapos ellátások szintén HBCs-alapú finanszírozása, 2004-től pedig a teljesítményvolumen-korláton (TVK) alapuló szolgáltatásvásárlás került be a finanszírozási szabályok közé [27]. 2017-től az orvosi, majd szakdolgozói béremeléseket a kormányzat közvetlenül az E. Alapból, munkavállalókra lebontva, egyedi finanszírozással biztosítja a szakellátó intézmények számára. Ennek az összegnek az aránya a gyógyító-megelőző ellátások esetében 2024-re már megközelíti a kassa 50%-át. A HBCs- és OENO-kódok és elszámolási szabályok karbantartását, korszerűsítését alapvetően a NEAK finanszírozási főosztálya és az egészségügyért felelős minisztérium ún. kódkarbantartási bizottsága végzi. Jelen cikkben az elemzésünket, valamint a hazai finanszírozási és egészségpolitikai szabályozási javaslatainkat a szürkehályog-műtétekre, a zöld hályog (glaucoma) kezelésére, valamint az AMD- és DME-ellátásra fókuszáljuk.

## A KUTATÁSI MÓDSZER

A kutatás első részében egy közös adatbázis felépítésére került sor az öt ország közfinanszírozott szemészeti ellátásának forgalmi és hozzáférési adatairól és finanszírozási technikáiról [6]. Az adatbázis minden országra vonatkozóan tartalmazta az elmúlt 10-12 évben (2008-2010-től 2020-2021-ig) bekövetkezett változásokat. Az adatbázis alapján a vizsgált időszakban Lengyelországban, Csehországban, Szlovákiában, Magyarországon és Ukrajnában a szemészeti ellátási gyakorlat és finanszírozási módszerek kerültek részletes leírásra és összehasonlításra. A projekt ezen részének döntő lépése az információgyűjtés és -feldolgozás közös módszertanának kidolgozása volt, ezen belül az adatokat és a 35-féle mutatót (indikátor) standardizálták, amelyet online projektcsapat-találkozókon vitattak meg a kutatók. Az adatbázisban három fő szegmenst alakítottak ki: fekvőbeteg-szakellátás, egynapos sebészet, ambuláns ellátás közfinanszírozási adatai. A főbb mutatók: éves betegszám, éves esetszám, finanszírozási és térítési díjak voltak, továbbá gyógyszer-támogatási listák, várólistaidők, főként a szürkehályog-műtétek vonatkozásában. Az elemzések módszertana leíró statisztika volt [6]. Ezt egészítette ki a kvalitatív kutatás, mely részeként interjúk készültek a szemészeti ellátások szabályozása és finanszírozása szempontjából meghatározó érintettekkel, szemész szakorvosokkal, intézményvezetőkkel, a szabályozásért felelős minisztériumi és az egészségbiztosító finanszírozásért felelős tisztviselőivel. A kutatócsoport közös interjúvázlatot dolgozott ki, mely alapján országonként 5-5 (összesen 25) mélyinterjút végeztek el, hogy betekintést nyerjenek az ellátások fejlesztése, szabályozása és a finanszírozás összefüggéseibe. Az országok strukturált mélyinterjúból mátrixot képeztek. A lényeges információkból kialakított mátrix és a finanszírozási adatbázis lehetővé tette a kutatók számára, hogy azonosítsák a különböző szemészeti szolgáltatások finanszírozásának jógyakorlatait, de nehézkes elemeit is, valamint képesek legyenek összehasonlítani a hozzáférést a fentiekben kiemelt szemészeti kezelésekhöz, szolgáltatásokhoz Csehországban, Lengyelországban, Szlovákiában és Ma-

HBCs-kód	Súlyszám	HBCs neve (a fekvőbeteg-szakellátásban)
02P 0680	0,77379	Szürkehályog-műtét phakoemulsificatio módszerrel, hajlítható műlencse biztosításával
02P 0681	0,59427	Szürkehályog-műtét phakoemulsificatio módszerrel, hajlítható műlencse beültetéssel a műlencse ár térítése nélkül
02P 0682	0,99233	Szürkehályog-műtét phakoemulsificatio módszerrel, tórikus műlencse biztosításával
02P 0683	1,29006	Bilaterális szimultán szürkehályog-műtét phakoemulsificatio módszerrel
02M 074C	0,3873	Szem egyéb betegségei (műtét nélküli HBCs)
HBCs-kód	Súlyszám	HBCs neve (egynapos beavatkozások)
02P 0680	0,77379	Szürkehályog-műtét phakoemulsificatio módszerrel, hajlítható műlencse biztosításával
02P 0681	0,59427	Szürkehályog-műtét phakoemulsificatio módszerrel, hajlítható műlencse beültetése a műlencse ár térítése nélkül
02P 0633	0,15122	Neovascularisatióval járó időskori macula degeneratio kezelése (Minimum nap 1)

#### 1. táblázat

Szemészeti betegségek jellemző HBCs-kódjai, súlyszámai, nevei a fekvőbeteg- és egynapos ellátás területén

gyarországon. Ez alapján az ukrán kutatók betekintést nyerhetek abba, hogy a V4 országokban feltárt jógyakorlatok milyen módon vehetők át a fejlődés alatt álló ukrán egészségügyi rendszerbe.

## EREDMÉNYEK

A létrehozott, öt országra kiterjedő adatbázis alapján bemutatásra került, hogy hogyan változtak a szemészet finanszírozási mechanizmusai az elmúlt évtizedben, milyen jelenlegi finanszírozási mechanizmusok működnek a szemészet területén, illetve milyen módszertani hiányosságok tapasztalhatók a felmérésben részt vevő országokban. A projekt keretében kialakított adatbázis a további összehasonlító elemzések alapját képezte, valamint a záró jelentés értelemzési keretrendszerét biztosította ahhoz, hogy megértsük az egyes egészségügyi rendszerek sajátosságait.

A projekt eredményeként a kutatók jelentős különbségeket találtak az egészségügyi ellátás és a szemészeti szolgáltatások finanszírozása terén, annak ellenére, hogy mind a négy visegrádi országban DRG-t, Magyarországon HBCs-alapú rendszereket vezettek be a kórházi ellátásban még az 1990-es és 2000-es években. Az eltérések főleg abban jelentkeznek, hogy milyen részletességűek a DRG-csoportok, milyen kiegészítő elszámolási szabályok vannak, pl. kötelező-e vagy opcionális a lakossági térítési díj, egyes speciális beavatkozások „csillagozása”, kiemlése, vagyis feltételhez és centrumhoz kötése. Továbbá hogy az egyes szemészeti műtétekhez, kezelésekhöz társítanak-e minőségi – eredményességi indikátorokat, szempontokat, vagy „csupán” az outputot, a kibocsátást, az éves esetszámot és kezelésszámot mérik, illetőleg részét képezi-e egy komplexebb ellátásnak. Ez utóbbira példa a cseh egészségbiztosítási rendszer, ahol a komplex szemészeti kezeléseket egyfajta köteget finanszírozás (bundled payment) fedi le [6].

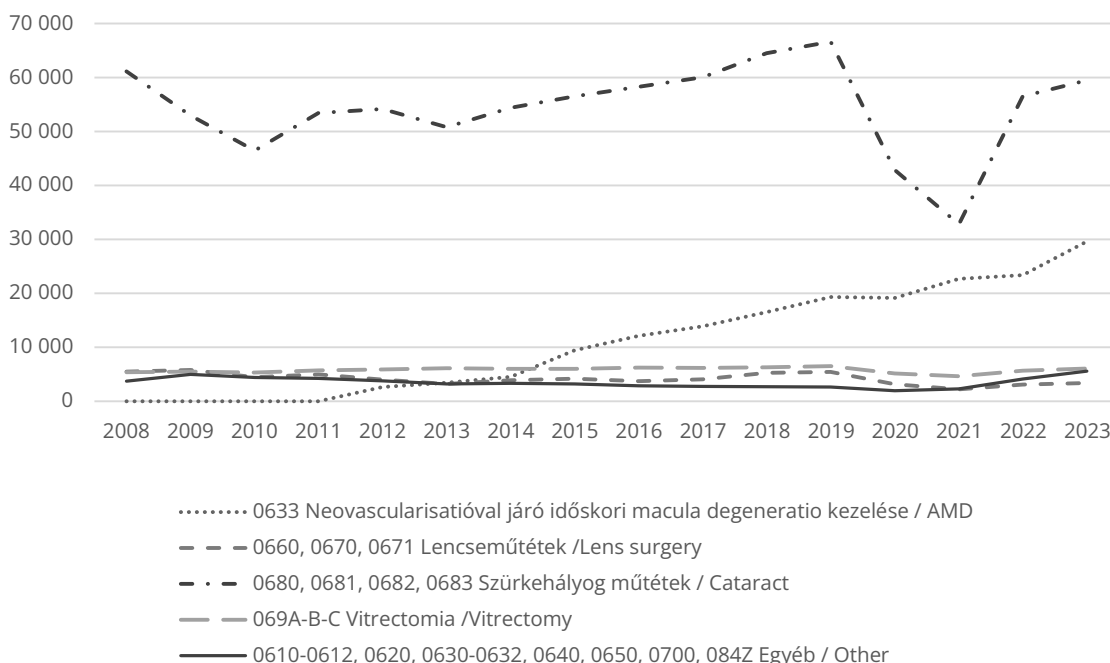
A záró riportban a kutatók bemutatták a jellemző (elterjedt) szemkezeléseket, például a szürke hályog, a zöld hályog, az AMD, a DME, a szaruhártya-transzplantáció és a vitrectomia

terén bevált műtéti és terápiás gyakorlatokat. Feltárták azokat a finanszírozási metódusokat és ösztönzőket, amelyek befolyásolhatják a kínálatot és ezáltal a kezeléseket mennyiségét. A szemészeti ellátáshoz való egyenlő és/vagy megfizethető hozzáférés eltérő mértékben és rugalmassággal ugyan, de alapvetően biztosított a vizsgált V4-es országokban. Általában elmondható, hogy az egynapos ellátások elterjedésével – főleg a szürkehályog-műtétek esetében – sokat javult a hozzáférés, a nagy esetszámok és a mérsékelt DRG–HBCs tarifák eredményeként alapvetően költséghatékony megoldások születtek főleg Csehországban, Magyarországon és Szlovákiában. Lengyelországban ezeket az ellátásokat többnyire még kórházi háttér mellett végzik el, ami költségesebb és nehezebben hozzáférhető a lakosság számára [6, 7].

Magyarország vonatkozásában kizárólag az OEP/NEAK által finanszírozott szemészeti ellátásokat és finanszírozási módszereket tudtuk elemezni, ugyanis nem rendelkezünk a hazai magánegészségügyi ellátók kapacitás- és teljesítményadataival. A 2008-2021 éves időszakra vonatkozóan elvégzett trendelemzések alapján megfogalmazható legfontosabb eredményeket infografikában foglaltuk össze [8]. A teljesség igénye nélkül az alábbiakban bemutatunk néhány NEAK-finanszírozott jellemző HBCs-t a szemészeti betegségek fekvőbeteg és egynapos ellátásának területéről [25].

Az 1. táblázatból jól látható, hogy a hazai egészségbiztosító korábban nem tett (nem tesz) különbséget a díjakban a hagyományos, többnapos kórházi és az egynapos ellátások között. Annak érdekében, hogy az intézményeket ösztönözzék a többnapos kórházi ellátások egynapos sebészeti ellátással történő kiváltására, 2020 óta a fekvőbeteg szakellátó intézmények 1,1-es szorzóra (+ 10%-os díjra) jogosultak, ami azonban azóta megszűnt [27].

A fekvőbeteg-szakellátás keretében végzett szemészeti műtétek éves esetszáma 2010-ben 46,5 ezer volt, miközben 2018-2019-re már 64-66 ezerre nőtt (lásd 1. ábra), ezen belül az újonnan – 2018-ban – bevezetett tórikus műlencse-beültetés száma pedig 2019-ben elérte a 4000-et.

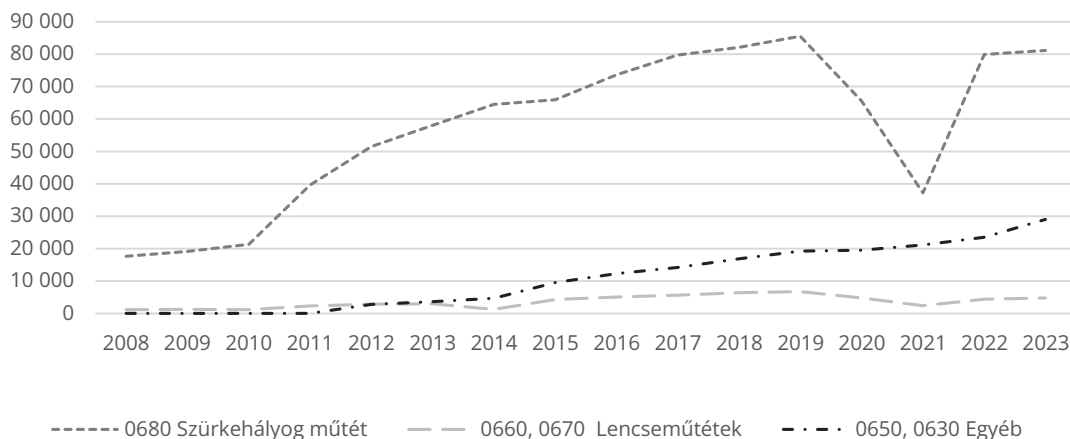


**1. ábra**  
A szemészeti fekvőbeteg-ellátásban elvégzett műtétek számának alakulása 2008-2023 között (esetszám)

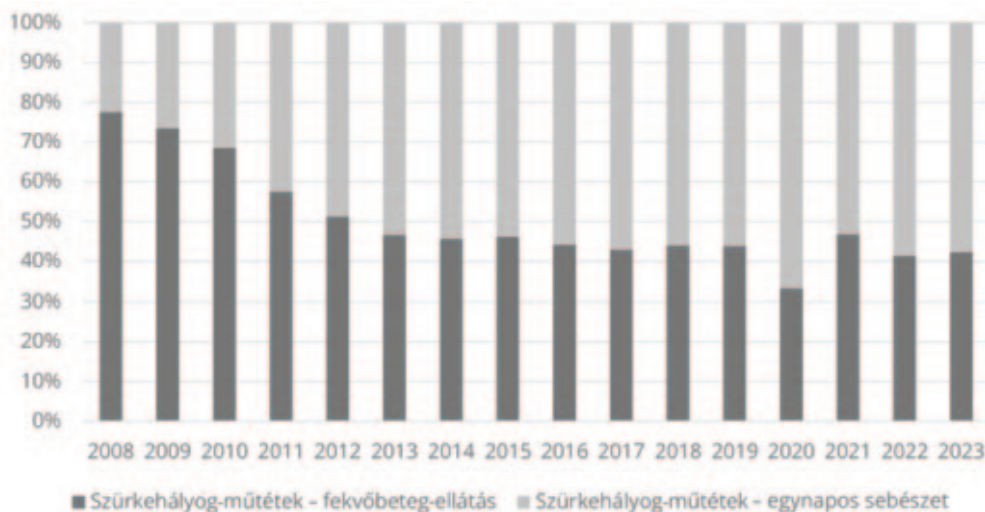
Az előző növekedési trend 15-20%-os visszaesését a COVID-19 járvány évében történt intézménybezárások, valamint a tervezhető, előjegyezhető műtétek kormányrendelet alapján történő kötelező elhalasztásai okozták (lásd 1. és 2. ábra) [28]. Az egynapos ellátás keretében végzett szürkehályog-műtéteket nagyobb mértékben érintette a COVID-19, mint a teljes szemészeti ellátást: 2019-ről 2020-ra 23,4%-os volt a visszaesés, míg az összes szemműtét esetében kevesebb mint 19,6%. 2022-től azonban az éves egynapos műtétes eset-szám elkezdett visszaemelkedni a pandémiát megelőző idő-szak magasabb teljesítményéhez – ez a trend 2023-ban tovább folytatódott –, de a fekvőbeteg-szakellátásban ez a felzárkózás még nem sikerült, bár 2023-ban további, kismértékű emelkedés figyelhető meg az esetszámokban. Sajnos nem áll rendelkezésre

statisztika arról, hogy az ország több tucat ellátóhelyén évente hány műtétet végeznek a bővülő magánegészség-ügyben, és ez mennyire vette át a közellátás szerepét a pandémia idején és azt követően.

A szürkehályog-műtétek végzésének másik tipikus területe az egynapos sebészet: 2010-ben 21,3 ezer szürkehályog-műtétet végeztek és jelentettek le állami finanszírozás-ban, 2019-re számuk 85,5 ezerre nőtt (lásd 2. ábra). Az összes jelentett egynapos szemműtét közül 2010-ben 92,2%-ot tett ki a szürkehályog-műtétek aránya, majd ez az arány 2019-re 73,7%-ra csökkent. Ez azt jelzi, hogy a szemészeti műtétek egyéb típusai is elmozdultak a rövid idejű ellátások irányába, főleg az AMD-kezelések, intravitrealis injekciók révén.



**2. ábra**  
Az egynapos ellátásban végzett szemészeti műtétek számának alakulása 2008-2023 között (esetszám)



3. ábra  
A fekvőbeteg és egynapos szemészeti műtétek arányának változása, 2008-2023 között

### SZÜRKEHÁLYOG-MŰTÉTEK JELLEMZŐI ÉS SZÁMÁNAK ALAKULÁSA

Az alábbiakban a szürkehályog-műtétekre fókuszálunk, bemutatva a fekvőbeteg/egynapos sebészeti arány változásait. Az elmúlt évtizedben jelentősen megnőtt az egynapos ellátásként végzett szürkehályog-műtétek éves száma a NEAK által finanszírozott HBCs-alapú fekvőbeteg-szakellátásban, amely trend beleilleszkedik a hazai egészségügyi rendszer struktúraváltásába és modernizációjába, és amelyeknek az egyik fő pillére az egynapos ellátás lett [9]. Ezt a megállapítást támasztja alá, hogy a vizsgált időszak elején, 2008-2009-ben az egynapos beavatkozások aránya még csupán 22%-os volt, mely 2018-2019-re már meghaladta az 50%-ot.

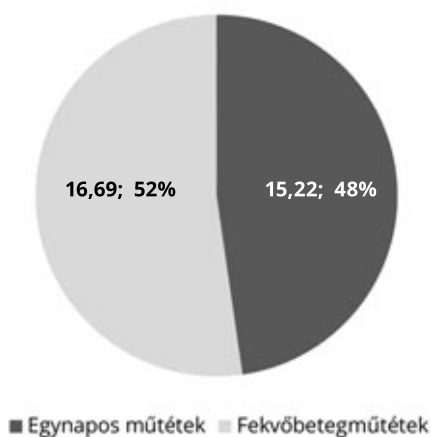
A 3. ábra alapján jól látható, hogy a szürkehályog-műtétek között nagyobb arányban vannak már az egynapos műtétek (kivéve a 2021-es évet), az összes szemészeti műtéten belül, ahogy arra a pécsi kutatócsoport elemzése is ráirányítja a

figyelmet [10]. Ugyanakkor a biztosítói kifizetéseket megvizsgálva látható, hogy a fekvőbeteg-háttérű műtétek 52%-ot tettek ki 2019-ben. A HBCs-logikából kiindulva ez magasabb case-mix indexet jelent – ami természetes jelensége a fekvő/egynapos tevékenységek belső jellemzőinek –, az összetettebb (komplikáltabb) és magasabb súlyszámú műtétek aránya (pld. a 02P 0682 HBCs 0,99-es súlyszámú Szürkehályog-műtét phacoemulsificatio módszerrel, tórikus műlencse biztosításával) magasabb a kórházakban, mint az egynapos ellátási egységekben, mint például az elszürkült saját lencse cseréje átlátszó műlencsére, helyi érzéstelenítésben.

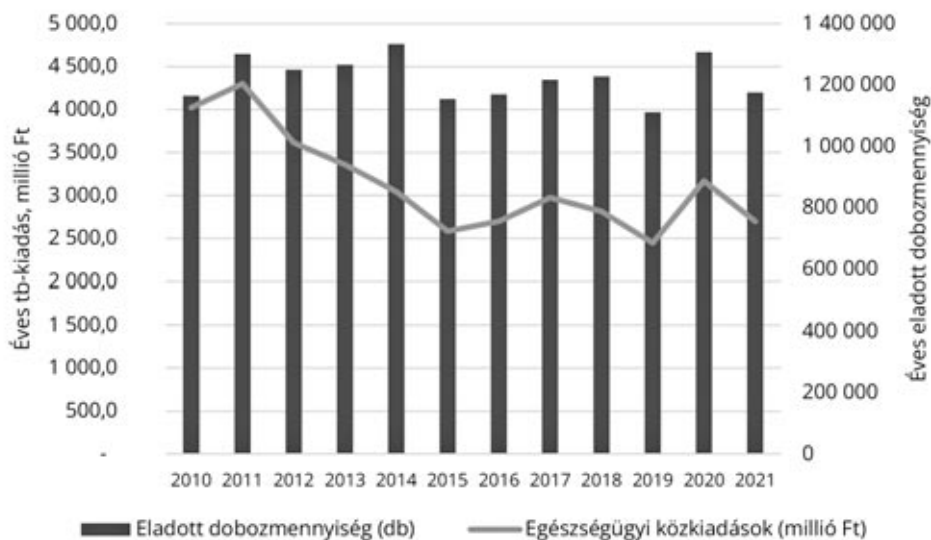
Hozzáférés javítása célzott kormányzati intézkedéssel kiegészítő NEAK-finanszírozással A szürkehályog-várólista csökkentési program keretében 2015 és 2018 között összesen 10 000 szürkehályog-műtétet végeztek az egészségügyi intézményeknek nyújtott kiegészítő finanszírozás keretében, ennek következtében a COVID-19 pandémia előtti évekre (2018-2019) 6-8 hétre rövidült a várólista [10].

### A ZÖLD HÁLYOG BETEGSÉG SÚLYOSBODÁSA ÉS MEGFELELŐ GYÓGYSZERES ELLÁTÁSA

A glaucoma, a szem progrediáló látóidegrost-károsodása, mely folyamatosan előre haladó látóidegrost-károsodáshoz vezet, ennek a szembetegségnek a növekedése is a modern társadalom és az idősödés következménye, mely egyre nagyobb figyelmet követel meg a szemészeti ellátáson belül [11]. Leszögezhető, hogy Magyarországon vényre felírható módon (90%-os támogatás), széleskörűen biztosítottak az elemzett glaucoma indikációban használatos szemcseppek (gyógyszercsoportok szerint: prosztoglandin analógok, béta blokkolók, karboanhidráz gátlók, alfa analógok, hatóanyagok szerint főként: latanoprost, brinzolamide, stabilan, dorzolamide, timolo, valamint travoprost), melyeknek hazánkban közel 2200 patikában biztosított a hozzáférésük, és kiváltásuk kb. 1,1-1,3 millió doboz/év közötti forgalommal a vizsgált időszakban (2010-2021).



4. ábra  
Az egynapos és fekvőbeteg szemészeti műtétek tb-finanszírozásának megoszlása 2019-ben (Mrd Ft)



5. ábra

Zöldhályog-szemcseppek: éves forgalom (doboz) és egészségügyi közkiadások alakulása 2010-2021 (M Ft)

Ez a fogyasztás a COVID-19 pandémia alatt sem esett vissza lényegesen a NEAK által kifizetett társadalombiztosítási támogatás adatai alapján [12].

Ugyanakkor további kritikus megállapítást is tehetünk a glaucomaellátás területén, ugyanis a glaucomás betegek számára végzett műtétek száma alacsony, néhány százat tesz ki (OENO eszközös kódok: 01518 Antiglaucoma shunt implantátum, 01519 Antiglaucoma fascia lata implantátum, melyek a 02P 0700 02 0700 Intraocularis műtétek, kivéve retina, iris, lencse, üvegtest műtétei – nevű HBCs-be sorolnak be).

A zöld hályog és egyéb szembetegségek kezelése kapcsán megvizsgáltuk az egyetlen nem műtétes (ún „M” jelű) HBCs éves esetszámait is (lásd 1. táblázat, 02M 07C HBCs) és fentihez képest ellentétes trendet találtunk: ezt az alacsony súlyszámú HBCs-t 2010-ben 9364 esetben jelentették a kórházak, 2019-ben pedig megfeleződött az esetszám (4844). Ez azt mutatja, hogy erősödött az ambuláns ellátás, és műtét nélkül egyre kevesebb beteget vesznek fel többnapos kórházi ellátásba.

### AMD ÉRÚJDONKÉPZŐDÉSSSEL JÁRÓ FORMÁI (NEUROVASCULARIS) KEZELÉSEINEK FELFUTÁSA

A fejlett országok statisztikái szerint az időskori súlyos látásromlás leggyakoribb oka a időskori makuladegeneráció (AMD) [13]. A makula – sárgafolt – a szem ideghártyájának egy kicsi, de igen fontos területe. Itt egyesülnek a szembe érkező fény sugarak, ez a terület a felelős a nagy felbontású éleslátásért és a színlátásért. A makula a szemfenék egyik legérzékenyebb területe, ereket nem tartalmaz, táplálását az alatta fekvő érhártya végzi. Ha ártalom éri, akkor a központi látás károsodik. Az időskori makuladegeneráció (AMD) az 50 év feletti korosztály mintegy hatodát érinti, és világszerte a látásvesztések feléért felelős [14]. Ennek kezelésére intravitrealis injekció formájában endothelialis érnövekedési faktor (vascular endothelial growth factor, VEGF) gátló szert adnak a szembe (anti-VEGF injekció).

A beavatkozások helyi érzéstelenítésben történnek, alacsony kockázatú (minor) műtéteknek számítanak, de a fertőzések, szennyeződések megelőzése érdekében nagyon magas szintű aszeptikus és antiszeptikus környezet biztosítása szükséges. Az eljárást 2012-ben vezették be a közfinanszírozott egészségbiztosítási rendszerbe. A beavatkozások száma az induló 2,6 ezerrel 2019-re 19,4 ezerre emelkedett (COVID-19 világjárvány idején kissé visszaesett). Leszögezhető tehát, hogy ez az eljárás új terápiás lehetőséget nyitott a időskori makuladegenerációban szenvedő betegek számára.

### CUKORBETEG MAKULAÖDÉMA (DIABETIC MACULA EDEMA, DME)

A helytelen életmód, a túlsúly, illetve a cukorbetegség következményeként megjelenő DME kórképpel, növekvő betegségteherrel kell számolni, melyre számos nemzetközi kutatás már korábban ráirányította a figyelmet [15, 16]. Ezt mind az öt ország elemzői megerősítették, egyrészt az ellátottak bővülő száma, másrészt a mélyinterjúk megállapításai alapján.

Hazai költségelemzésekről és eredményekről a DME területén is beszámolhatunk [17]. A rendszeres szemészeti nyomon követés mellett a DME-ban szenvedő betegeknél egy alkalommal makulalézeres kezelésre és több alkalmas intravitrealis anti-VEGF injekcióra lehet szükség (úgy mint az AMD kezelésében).

A Debreceni Egyetem szemészeti klinikáján és kórházakban koncentráltan és irányítottan zajlanak ilyen kezelések: hetente havonta kétszer egy adott napon és alkalommal 30 főt hívnak be. A vizsgálat, illetve a beavatkozás részeként jódcsepp- és szemnyomás-tesztet végeznek. A korszerű szemészeti ellátások terén – főleg az AMD és DME diagnosztizálásában és állapotkövetésében – az optikai koherencia tomográfia (OCT, NEAK-finanszírozási kódja: 12206, leírása noninvasív képkalkító vizsgálat) egyre nagyobb jelentőséggel bír. Az OCT fényhullámokat használ a retináról való keresztmet-

OENO-kód	Elnevezés	Leírás	Pontszám
12206	Optikai koherencia tomográfia (OCT)	A retina különböző optikai denzitású rétegeinek és elváltozásainak 1-10 mikrométeres LASER fény segítségével végzett letapogatása, megkülönböztetése, a reflektálódott LASER fény paramétereiből – számítógép segítségével – 2D vagy 3D kép alkotása.	1191 pont (2360 Ft)
12204	Ophthalmoscopya, binocularis, indirekt módszerrel	Tágított pupilla mellett, speciális célkészülékkel és lencsével végezhető vizsgálat.	274 pont (543 Ft)

## 2. táblázat

Meghatározó szemészeti eljárások OENO-kódjai és pontszámai a hazai szabályozásban (forrás: [25, 26])

szeti felvételek készítéséhez, valamint látótér-teszt elkészítéséhez.

## MEGBESZÉLÉS

### Nemzetközi kitekintés – A V4-es projekt fő konklúziói, melyek számunkra is meghatározóak lehetnek

Az együttműködés bővítette kutatói ismereteinket az elemzett szembetegségek és eljárások vonatkozásában a hazai, a V4 országok és az ukrán helyzetről, illetőleg az országok egészségügyi ellátórendszeréről. Megismertük az egyes országok szemészeti ellátását, az elmúlt évtizedben meghatározó és napjainkat érintő kihívásait, valamint azt, hogy a döntéshozók hogyan kezelik ezeket az egyes országokban. A nemzetközi trendekhez szorosan kapcsolódva az egyik fő elemzési terület a korszerű szemészeti eljárásokhoz való hozzáférés vizsgálata volt [18]. Kutatásunk nyomán bővültek ismereteink a szemészetben alkalmazott finanszírozási mechanizmusok terén, az eredmények között ajánlásokat tettünk a szemészeti ellátásokhoz való hozzáférés javítására. A projekt eredményei kiemelik a szürke hályog, zöld hályog, vitrectomia, AMD, DME és szaruhártya-transzplantációs kezelések fejlesztési területeit Lengyelországban, a Cseh Köztársaságban, Magyarországon és Szlovákiában, beleértve a finanszírozási lehetőségeket, a minőségellenőrzési rendszereket, a térítési díjak eltéréseit, a korai felismerési intézkedéseket, és a fejlett műtéti és diagnosztikai technológiák alkalmazását. A jelentés kiemeli azt is, hogy Ukrajna képes tanulni a visegrádi országok tapasztalataiból, az eszközös alapú szűrések, a korai felismerés, a finanszírozási mechanizmusok fejlesztése, valamint a szemészeti műtétek minőségének és hozzáférhetőségének javítása terén [6, 7].

Lengyelországban több iránya van az ellátás és a finanszírozás fejlesztésének. Egyrészt igyekeznek vonzóvá, rugalmasabbá tenni a szemészeti ellátások finanszírozását, növelni ennek keretét, és ösztönözni az egynapos sebészetek számát és arányát [19]. Emellett komoly erőfeszítéseket tesznek a minőségmérés, minőségfejlesztés érdekében, ennek kereté-

ben minőségi indikátorokat fejlesztettek ki a nemzetközi DRG-fejlesztési trendeknek megfelelően [20, 21]. Lengyelországban ezeket a mutatókat hozzáadták a DRG-rendszerhez. A szürke hályog bejelentésekor az egészségügyi szolgáltatók kötelesek jelentést tenni a műtétek értékeléséről. Három mutatót jelentettek a DRG-vel (minden egyes beteg esetében): hátsótok szakadás, endophthalmitis és a látásélesség megváltozása. Főleg a műtét előtti és utáni látásélesség (illetve annak romlása) mérése tűnt betegválasztás-érzékeny indikátornak [22].

Cseh és szlovák kutatók [23] külön cikkben foglalták össze a cseh és a szlovák egészségbiztosítási rendszer szürkehályog-kezelésének és -műtétjeinek finanszírozási jellemzőit, tanulságait, és összehasonlították azok joggyakorlatát és problémáit is. Az elmúlt évtized alapvető trendje ezekben az országokban is – a magyarországi helyzethez hasonlóan – az ambuláns és egynapos ellátások előretörése, sőt azok tudatos támogatása volt. Ezzel együtt a volumenkorlát nélküli finanszírozás érvényesítése – messzemenőig alkalmazkodva a lakossági szükségletekhez – ezekben az országokban a várólista jelentős csökkenését eredményezte néhány hétre. 2019-ben az 1 millió lakosra jutó szürkehályog-műteti szám Csehországban 12 500, Magyarországon 15 700, Szlovákiában pedig közel 6000 volt.

Egyik legfontosabb megállapításuk, hogy szinte minden modern közfinanszírozott egészségügyi rendszer számára a szürkehályog-műtétek terén az egyik legnagyobb kihívás a műlencsék innovációja, újabb és újabb generációs termékek megjelenése, és ezek alkalmazása a közfinanszírozott szemműtétek során. Az egészségpolitikai dilemma egyrészt abban áll, hogy mire terjedjen ki a közfinanszírozás, ki döntsön a műlencséről (a szakorvos, a beteg, vagy együtt), hogy azok ne finanszírozási (anyagi korlátok), hanem orvosszakmai – hatékonysági – alapon legyenek kiválasztva. Másrészt, hogy ki állja a növekvő költségterhet? Bevonhatók-e a páciensek részleges térítési díj megfizetésével? A cseh egészségbiztosítók elvárják a műlencsék magas minőségét, ennek árát is fedezik, de nem alkalmaznak minőségi indikátorokat a műtétek eredményességére vonatkozóan, ahogy a magyar rendszer-

### A hazai kötelező egészségbiztosítási finanszírozás előnyei

- A teljesítménydíjazás alapjaiban jó ösztönző a több vizsgálat és több műtét elvégzésére, mely elősegítette a korszerű szemészeti ellátások országos elterjedését.
- A teljesítményfinanszírozás szabályrendszere, kódrendszere (HBCs-k, OENO-kódok, besorolási szempontok) alapvetően rugalmas, adaptív: megfelelően rendszeres karbantartással képes befogadni az új eljárásokat, követni a technológia- és árváltozásokat.
- Az ún. csillagos (\*) kódolás lehetősége megteremti a jogi és ellátásszervezési lehetőségét annak, hogy a bonyolultabb, magasabb technológiai és HR-tudást (team munka, betanulási idő) igénylő eljárásokat arra kijelölt centrumokban (többnyire orvostudományi egyetemek szemészeti klinikáján, egyes megyei kórházak szemészeti osztályán) végezhessek csak el (pl. vitrectomia, szaruhártya-transzplantációk).
- Az egynapos sebészet megfelelő rugalmassággal tudott bekapcsolódni a szemészeti műtétek és kezelések kapacitásainak és hozzáféréseinek bővülésébe, mely egybeesett a 2007-ben indult kórházi struktúraváltással, és a „kis” szakmák ágyszámainak és osztályainak jelentős zsugorodásával. [23]
- A teljesítményvolumen-korlát (TVK) nemcsak a teljesítmények és kifizetések korlátozását szolgálhatja az egészségbiztosító számára, de eszköz lehet a területi egyenlőtlenségek csökkentésére, illetve célzottan alkalmas is újabb kontingens vásárlásával a várólisták csökkentésére.

### Kihívások – gyengeségek a hazai közfinanszírozott szemészeti ellátásban

- **A HBCs-súlyszámok és alaplaj** értékállóságának biztosítása (2018 óta változatlan 198 eFt értékű alaplaj valorizálása), ráfordításelemzések rendszeressé tétele.
- **OCT** (optikai koherencia tomográfiás) **vizsgálat rendszeresítése**: minden műtét (AMD, szürke hályog, glaucoma) előtt és után szükséges lenne elvégezni, jelenleg sok helyen elérhető, de a NEAK nem finanszírozza.
- **Nincsenek minőségmérési indikátorok**:  
Az ellátás szakmai-minőségi színvonalának mérése mára nélkülözhetetlenné vált, legfontosabb indikációs területek: betegmigráció-elemzés, szemorvossal lefedetlen területek feltérképezése, szűrőprogram és szűrőhálózat kialakítása, a programhoz rendelt megfelelő eszközrendszer és finanszírozás, a szűrésben részt vevők egyéni teljesítményének mérése és díjazása.
- **A zöldhályog-ellátás területén** végzett műtétek száma alacsony, ugyanakkor a betegek életminősége, compliance-e jelentősen javítható lenne a szemcseppek alkalmazásához képest.
- **AMD- és DME-kezelések terén**: Korai felismerés és a betegségek korai fázisának szűrése az idős lakosság és előrehaladott diabéteszes betegek körében nélkülözhetetlen feladat, és ebben a házi orvosok kompetenciájának, feladatának megoldása, bevonásuk ösztönzése. Protokollok felülvizsgálata, fejlesztése, szervezett betegutak.
- **A DME-kezelés** ráadásul szoros együttműködést igényel a diabetológusok és a szemészek részéről. Mindkét orvoscsoport általános véleménye az, hogy Magyarországon a betegek együttműködése nagyon alacsony, nem követik a cukorbetegség általános normáit, az életmódváltást, az étrendi normákat, így általában nehéz megállítani a cukorbetegség kialakulását és későbbi súlyosbodását.

#### 3. táblázat

#### A hazai közfinanszírozás előnyei, kihívásai és problémái

ben sem. Szlovákiában az egészségbiztosítói finanszírozásban úgy oldják fel ezt a dilemmát, hogy külön finanszírozzák a szolgáltatást, vagyis a műtétek költségét és külön a lencsékét, copayment keretében. Nemzetközi összehasonlításban akár az USA (4-7 ezer USD) akár a Nyugat-Európai országok áraihoz (átlagosan 2 ezer USD) képest a V4-es országokban érvényesülő biztosítói díjak jóval alacsonyabbak, Csehországban a műtétes csomag ára, amely egyfajta kötegelte finanszírozást jelent (11,3 ezer CZK, a tórikus lencsék esetén 14,3 ezer CZK, amihez 2020 és 2021-ben további 2-2,5 ezer CZK kompenzáció társult, (Ft-ban 180 eFt, 227,3 eFt, 31-39 ezer Ft kompenzáció) [6]. Szlovákiában ennél alacsonyabb összegű biztosítói tarifákat alkalmaznak, a műtétek és lencsék ára együtt 560 EUR, nagyjából 2018,4 ezer Ft [23].

A hazai finanszírozás értékelését az alábbi táblázatban (3. táblázat) mutatjuk be előbb az előnyök, majd a kihívások és gyengeségek bemutatásával.

Megvitatandó fejlemény az is, hogy a nemzetközi szinten is innovatívnak tekinthető ún. megosztott (NEAK + beteg) finanszírozási megoldást, a 2016-ban kialakított új HBCs-t (02P 0681: Szürkehályog-műtét phacoemulsificatio módszerrel, hajlítható műlencse beültetéssel a műlencse ár térítése nélkül) még igen kevesen alkalmazzák, és kevés számú centrumban jelentették le eddig. A Debreceni Egyetem jogszáinak véleménye alapján maga a finanszírozási miniszteri rendelet ugyan megengedi ezt a kétcsatornás finanszírozást, de ez a szabály nincs megfelelően beágyazva az egyéb hazai egészségügyi szabályrendszerbe. Úgy vélik, ez a megosztott finanszírozási módszer nem rendelkezik megfelelő törvényi alappal orvosszakmai, betegjogi, felelősségi szabályok oldaláról. Ez a finanszírozási megoldás tehát további jogértelmezést és pontosabb szabályozást igényel, tekintettel arra, hogy a következő évek egyik legnagyobb kihívása a közfinanszírozás számára a sokféle „prémium” műlencse támogatásának



megoldása, HBCs-rendszerbe való illesztése fogja jelenteni. Erre pedig – szlovák mintára – időleges megoldás lehet a szolgáltatási díj és a lencse költségének különválasztása, és a megosztott finanszírozás lehetőségének továbbvitele, ezáltal az innovációt képviselő korszerűbb (multifokális, nyújtott fókuszú, flexibilis) műlencsék (gyorsabb) beépülése az ellátásba.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatás rávilágít a minőségfejlesztés ösztönzésének és a pénzügyi akadályok felszámolásának fontosságára Lengyelországban, míg Magyarországnak a kezelési módszerek folyamatos nyomon követésére és a költségtérítés rugalmasságára kell összpontosítania. Ukrajna számára a kutatási eredmények a folyamatban lévő egészségügyi reform miatt jelentősek, és a V4-es országok tapasztalatait figyelembe véve képes lesz átvenni a joggyakorlatokat a finanszírozási kódok, az ösztönzési és elszámolási szabályok és minőségi indikátorok bevezetésével. Számukra a legfontosabb tanulságok, szabályozási és finanszírozási megoldások (természetesen inkább egy háború utáni konszolidált időszakban, amikor az egészségügyi rendszert újra fel lehet építeni, és kialakítani a közép-kelet-európai országokra jellemző közbiztosítói rendszert társadalombiztosítás keretében) [7].

Az együttműködés bővítette kutatói ismereteinket a visegrádi országokról és az ukrán egészségügyi rendszerről. Megismertük a szemészeti ellátás kihívásait is az egyes országokban, valamint azt, hogy a döntéshozók hogyan kezelik ezeket. Munkánk elősegíti a finanszírozási és átfogóan az ösztönzési mechanizmusok ismeretét, és az alkalmazható eredményeket

a szemészeti ellátáshoz való hozzáférés javításának módjaira vonatkozó ajánlások formájában.

Magyarország, a hazai egészségbiztosítás számára is rendkívül tanulságos volt a 4+1 országra kiterjedő átfogó elemzés. Egyrészt hogy felhívja a figyelmet a hiányosságainkra, másrészt hogy megerősítse az eddigi ellátási és finanszírozási eredményeinket, melyeket ugyanakkor szisztematikusan és tudatosan tovább kell fejleszteni. Számos hazai eredményt tudunk felmutatni (1. és 2. ábra) az elmúlt 2-3 évtizedből, de véleményünk szerint mégsem lehetünk elégedettek, és számos további kihívásnak nézünk elébe a hozzáférés fenntartható biztosítása és ütemes fejlesztése érdekében:

- A magyar kötelező egészségbiztosításban vannak a szemészeti ellátásra vonatkozóan adekvát HBCs-k, illetve számos specifikus tevékenységi (OENO, WHO) kód.
- 12 évvel ezelőtt új eljárásként került be a közfinanszírozás rendszerébe az AMD kezelése (HBCs: 02P 0633 (OENO: 12220 Ranibizumab intravitrealis injekciója)).
- Évente több tízezer szürkehályog-műtétet sikerül közfinanszírozás keretében elvégezni. Ezen belül is az elmúlt évtizedben jelentős fejlődésen ment át az egynapos sebészet.
- További új eljárások kerültek be a közfinanszírozásba: tórikus műlencsék és beültetésük befogadása és finanszírozása
- A gyógyszeres (szemcseppek) palettája abszolút korszerűnek, igen kiterjedtnek és hozzáférhetőnek bizonyult nemzetközi összehasonlításban is, ugyanakkor a glaucoma korszerű sebészeti ellátásának finanszírozása jelentős fejlesztésre szorul.

### Innováció

Korszerű diagnosztika, új eljárások, új lencsék



A kódrendszerek és finanszírozási tarifák rendszeres felülvizsgálata és fejlesztése a korszerű szemészeti eljárások, új termékek (műlencsék) gyors befogadása, elterjedése érdekében. Ezzel együtt a HBCs forintértékének inflációkövetése.

### Idősödő társadalom

Növekvő társadalmi szükséglet és igény a hozzáférhető AMD- és DME-ellátásokra



Egészségügyi szükséglet-elemzések készítése – kitekintés a következő évtizedre – a szürke hályog, a glaucoma, AMD (életkorral összefüggő makuladegeneráció) és DME (diabetikus makula oedema) esetek várható alakulására. Szűrési és korai felismerési rendszerek fejlesztése alapellátási és járóbeteg-ellátási szinten. Lengyel és cseh finanszírozási jó példák az AMD kezelésében: biológiai terápiák alkalmazása, minőségi (eredmény) szempontok.

### Betegútmenedzsment

Magas szintű koordináció az ellátórendszer szintjei között



A progresszív ellátás elvének következetes érvényesítése. Az egészségügyi alapellátás fokozottabb bevonása. Emellett a szemészeti ambuláns szolgáltatások szerepének erősítése, a háziorvosi kompetenciák tisztázása és bevonásuk a szűrésekbe. Egynapos ellátások számának és arányának további növelése. A cseh kötegetelt finanszírozás és a szlovák tételes műlencse-finanszírozás alkalmazásának tanulmányozása a magyar közfinanszírozási rendszerben.

### Minőségkontroll – Minőségfejlesztés

Indikátorrendszer alkalmazása



Lengyelországban a közfinanszírozásban használt minőségi mutatók tanulmányozása és alkalmazása itthon. Protokollfejlesztés: OCT-szemvizsgálatok rendszeressé tétele, mérések szemműtétek előtt és után. A mutatók elemzéseinek, értékeléseinek visszajelzése a szolgáltatók felé.

### 6. ábra

*Kihívások és válaszok a szemészeti ellátások területén feltárt jó finanszírozási gyakorlatok alapján – nemzetközi kitekintéssel (forrás: saját szerkesztés)*

Ezek ugyan impresszív eredmények, ugyanakkor az alábbi 6. ábrában négy csoportban foglaltuk össze, hogy melyek a következő évek egészségpolitikai, miniszterialis szabályozási, egészségbiztosítási finanszírozási – és ellátásszervezési teendőink. Ebből is jól látható, hogy még egy kisebb súlyú és általában alacsonyabb árfekvésű szakma és ellátási terület esetében is milyen komplex problémákkal kell megküzdeni a valódi magas szintű (adekvát, minőségbiztosított) és jó hozzáférést biztosító ellátás fenntartható biztosításához.

### Anyagi támogatás

A kutatás az absztraktban említett, a kutatáshoz nyújtott pályázati támogatáson kívül más anyagi támogatásban nem részesült.

### Érdekeltségek

Érdekeltség nem áll fenn.

### Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki a szakorvosi javaslat kidolgozásban résztvevő szakorvosoknak, Nagy Annamária főorvos asszonynak, Sipos István főorvos úrnak, Nagy Zoltán Zsolt professzor úrnak, együttműködésükért, értékes megállapításaiért, javaslataikért.

## IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] World Health Organization. World report on vision. Geneva 2019.
- [2] Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D et al: Global data on visual impairment in the year 2002. Bull World Health Organ. 2004 Nov;82(11):844-51. Epub 2004 Dec 14. PMID: 15640920; PMCID: PMC2623053.
- [3] Perleth M, Jakubowski E, Busse R: What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. Health Policy. 2001 Jun;56(3):235-50. doi: 10.1016/s0168-8510(00)00138-x. PMID: 11399348.
- [4] Caruso G, Osburn J, Wolfensberger W : The Concept of "Best Practice": A brief overview of its meanings, scope, uses, and shortcomings. INT J DISABIL DEV, 2011; ED, 58(3), 213-222. doi:10.1080/1034912X.2011.598387
- [5] Az egészségügyi ellátórendszer módszertani fejlesztése. EU funded project: 2017-2020, EFOP-1.8.04-VEKOP-17-2017-00001 Egészségügyi jó gyakorlatok online katalógusa. (Catalog of best practices in HealthCare)
- [6] Wieckowska B, Byszek K, Rekas M et al.: The summary report on good practices in financing healthcare services in ophthalmology, May 2023 <https://www.sgh.waw.pl/kes/sites/kes/files/2023-06/VISEGRAD-GRANT-PROJECT-SUMMARY-REPORT.pdf> Megtekintés: 2023. június 30.
- [7] Więckowska B, Byszek K, Rekas M et al.: How much can we learn from each other? Polish and Hungarian good practices in financing ophthalmology care as a proposal for implementation in Ukraine. PLoS One. 2024 Jul 9;19(7):e0306562. doi: 10.1371/journal.pone.0306562. PMID: 38980859.
- [8] Dózsa C, Tóth M: Financing of Ophthalmologic care in Hungary, 2010-2020. Infografika. in: The summary report on good practices in financing healthcare services in ophthalmology, May 2023
- [9] Dózsa C, Jankus K, Helter TM: Structural Changes in the Hungarian Healthcare System Between 2000 and 2017. Value Health Reg Issues. 2019 Sep;19:92-98. doi: 10.1016/j.vhri.2019.05.002. Epub 2019 Aug 1. PMID: 31377655
- [10] Pónusz R, Endrei D, Kovács D et al.: The role of one-day surgical care in the reduction of cataract waiting list. [Az egynapos sebészet helye és szerepe a szürkehályogműtét várólista csökkentésében] IME, XXI. évf. 2022/4. szám. DOI: 10.53020/IME-2022-401. [Hungarian]
- [11] Tham YC, Li X, Wong TY et al.: Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology. 2014 Nov;121(11):2081-90. doi: 10.1016/j.ophtha.2014.05.013. Epub 2014 Jun 26. PMID: 24974815.
- [12] Gyógyszerforgalmi adatok [https://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalok/publikus\\_forgalmi\\_adatok/gyogyszer\\_forgalmi\\_adatok](https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyszer_forgalmi_adatok) Megtekintés: 2024.06.25.
- [13] DeAngelis M, Owen L, Morrison MA et al.: Human Genetics of age-related macular degeneration (AMD). Molecular Genetics, 2017, Vol. 26, No. R1
- [14] Han X, Chen Y, Gordon I et al.: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Age-related Macular Degeneration. Ophthalmic Epidemiol. 2023 Jun;30(3):213-220. doi: 10.1080/09286586.2022.2059812. Epub 2022 Apr 13. PMID: 35417274.
- [15] Teo ZL, Tham YC, Yu M et al.: Global Prevalence of Diabetic Retinopathy and Projection of Burden through 2045: Global Prevalence of Diabetic Retinopathy and Projection of Burden through 2045: Systematic Review and Meta-analysis. Ophthalmology. 2021 Nov;128(11):1580-1591. doi: 10.1016/j.ophtha.2021.04.027. Epub 2021 May 1. PMID: 33940045.
- [16] Ondrejková M, Jackuliak P, Martinka E et al.: DIARET SK study group. Prevalence and epidemiological characteristics of patients with diabetic retinopathy in Slovakia: 12-month results from the DIARET SK study. PLoS One.

- 2019 Dec 12;14(12):e0223788.  
doi: 10.1371/journal.pone.0223788. PMID: 31830050; PMCID: PMC6907831.
- [17] Tóth G, Nagy ZZs, Németh J: Model-based economic burden of diabetic retinopathy in Hungary. [A cukorbetegség szemészeti szövődményeinek modellalapú költségtérhe Magyarországon]. *Orv Hetil.* 2021 Feb 21; 162(8):298-305. Hungarian. doi: 10.1556/650.2021.32031. PMID: 33611265. [Hungarian]
- [18] Solomon SD, Shoge RY, Ervin AM et al.: Improving Access to Eye Care: A Systematic Review of the Literature. *Ophthalmology.* 2022 Oct;129(10):e114-e126. doi: 10.1016/j.ophtha.2022.07.012. Epub 2022 Sep 1. PMID: 36058739.
- [19] Czech M, Glód M: Reforma finansowania opieki zdrowotnej w Polsce – cele, wyzwania, instrumenty. [Healthcare financing reform in Poland – goals, challenges, instruments]. *Medycyna Praktyczna*, 4(145), 34-42. <https://www.mp.pl/pacjent/kompendium-wiedzy/reforma-finansowania-opieki-zdrowotnej-w-polsce-cele-wyzwania-instrumenty> [Polish] Megtekintés: 2023.június 30.
- [20] Goldfield N: The evolution of diagnosis-related groups (DRGs): from its beginnings in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital. *Qual Manag Health Care.* 2010 Jan-Mar;19(1):3-16. doi: 10.1097/QMH.0b013e3181ccbcc3. PMID: 20042929.
- [21] Ma Y, Wang W (2021): The impact of diagnosis related group payment on the performance of public hospitals. *Am J Transl Res.* 2021 Jun 15;13(6):6796-6801. PMID: 34306429; PMCID: PMC8290653.
- [22] Kocot E: Zmiany w finansowaniu opieki zdrowotnej w Polsce w kontekście reformy systemu ochrony zdrowia. [Changes in healthcare financing in Poland in the context of healthcare system reform]. *Piel. Zdr. Publ.*, 2019;9(3), 115-121. <https://doi.org/10.2478/pielzop.2019-0022>. [Polish]
- [23] Pažitný P, Kandilaki D, Randlová K: Incentives for Providers of Cataract Surgery depending on the Payment Mechanisms in the Czech Republic and Slovakia. 2024; [https://static1.squarespace.com/static/63c7dbc6ff4f92106ce2bd6d/t/6648d1dcbfee59151377bf46/1716048351338/1\\_Pazitny\\_Kandilaki\\_Randlova\\_CZ\\_SK.pdf](https://static1.squarespace.com/static/63c7dbc6ff4f92106ce2bd6d/t/6648d1dcbfee59151377bf46/1716048351338/1_Pazitny_Kandilaki_Randlova_CZ_SK.pdf) Megtekintés: 2024. június 25.
- [24] Dózsa Cs, Kövi R, Borbás F: The impact of the restructuring of inpatient specialised care on outpatient specialised care. [A fekvőbeteg szakellátás struktúra-átalakításának hatása a járóbeteg szakellátásra]. *IME*, 2015. április, XIV. évfolyam 3. szám. [Hungarian]
- [25] Jogszábaály: 9/1993 (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről, 3. Melléklet
- [26] Jogszábaály: 9/2012 (II. 28.) NEFMI rendelet az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbetegszakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevetel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról (járóbeteg szabálykönyv a járóbetegszakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról) <http://finanszirozas.neak.gov.hu/szabalykonyv/index.asp?mid=0> Megtekintés: 2024. június 25.
- [27] Jogszábaály: 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. 43/99 Korm R. 41/A. § (3) pont Az aktív fekvőbetegszakellátás keretében egynapos sebészeti ellátásként jelentett és elszámolt teljesítmények elszámolása 1,1-es szorzó alkalmazásával történik.
- [28] 469/2021. (VIII. 6.) Korm. rendelet a tervezhető fogászati ellátások, a rehabilitációs ellátások, valamint a tervezhető invazív beavatkozások veszélyhelyzeti rendjéről (hatálytalan: 2022. VI. 1-től)

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Dr. habil. Dózsa Csaba László** egészségügyi közgazdász. Egészség-gazdaságtani másoddiplomáját 1999-ben a barcelonai Universidad de Barcelonán és a Pompeu Fabrán szerezte. 1994 és 2005 között az OEP-ben dolgozott a Tervezési és költségvetési Főosztályon, majd a Gyógyító-megelőző ellátás területén 2002-től főigazgató-helyettesként.

2005 májusa és 2006 júniusa között az Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkáráként felügyelte az ágazat közgazdasági és ágazatfejlesztési munkáit. 2010 szeptemberétől

és jelenleg is főállásban a Miskolci Egyetem Egészségtudományi Karának egyetemi docense, az Egészségügyi Szervezés Szak szakfelelőse. 2000-től a Debreceni Egyetem külső óraadó oktatója. Doktori értekezését 2011 júniusában védte meg a Corvinus Egyetemen a hazai kórházak stratégiai menedzsmentjének témakörében, majd 2022-ben egészségügyi témakörben habilitált a Pécsi Tudományegyetemen. 2004-2006-ban, 2011-2012-ben, majd 2016-2017 között a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) elnöke volt, a társaság egyik alapító tagja. 2006-tól az IME szerkesztőbizottságának a tagja. 2006-ban hozta létre a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. tanácsadó céget.



**Tóth Melanie** 2013-ban szerezte diplomáját az ELTE Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás szakán. 2014-2017 között az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárságán alapellátási referens-

ként dolgozott, majd az „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című EFOP-1.8.0. projekt módszertani központjában. Jelenleg a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. egészségügyi elemzője, adatbázisok kezelője, online kérdőívek szerkesztését és feldolgozását is végzi.



**Dr. Sipos István** szemész szakorvos. Orvosi diplomáját 1991-ben, PhD-fokozatát 1997-ben, élettan-neurobiológiából a Debreceni Orvostudományi Egyetemen szerezte. 1991-1999 között a Debreceni Egyetem Élettani Intézetében dolgozott, ezen időszak alatt 3 évet az Ulmi Egyetem Alkalmazott Élettani

Intézetében töltött. 1999-2003 között a Debreceni Egyetem Szemészeti Klinikáján dolgozott, vezette a kontaktlencse és elektrofiziológiai laboratóriumokat. 2003-2007 között a Szent Rókus Kórház szemészeti osztályán dolgozott. Jelenleg egy napos sebészet keretében végez szemműtéteket, a Semmelweis Egyetem Multidiszciplináris Egynapos Sebészeti Klinikáján is.



**Cseh Borbála** diplomás ápoló, egészségügyi menedzser és egészségügyi szakmenedzser. Kórházi, közvetlenül a betegellátásban, ágy mellett eltöltött éveit ápolási intézményvezetőként fejezte be, majd 17 éven keresztül az egészségügyi igazgatásban intézményfenntartói szerepkörben tevékenykedett. 2017-2020 között a Nemzeti Népegészségügyi Központ Praxisközösségi Módszertani Köz-

pontjának senior szakmai szakértője volt, jelenleg az Innovációs Minisztérium Iparfejlesztési Közhasznú Nonprofit Kft. szakmai szakértője. A Miskolci Egyetem mesteroktatója, több egyetem vendégoktatója. A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori iskolájának végzős doktorandusza. 2018 novemberétől főállásban a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. senior egészségügyi elemzője, 2020 júniusától ügyvezetője. Jelenleg doktori programját végzi a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi doktori iskolájában.