

HBCS: piaci működés?

A kínálat már versengő, a keresletről pedig nem szeretünk beszélni

Dr. Kósa István, SZTE II. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ

A lap előző számaiban élénk vita bontakozott ki mind az elmúlt 10 év legnagyobb egészséggazdasági jelentőségű változása, a HBCS rendszer bevezetése, mind a napirenden álló további változások, az irányított betegellátás megteremtése tekintetében [1-8]. Biztos sokan olvastuk élvezettel a HBCS vita résztvevőinek hitbéli elkötelezettségtől mentes gondolatfuttatásait, bár a partnerek empátiakészségén még éreztünk némi csiszolni valót. A szolgáltatónak például fel kellett hívni a finanszírozó figyelmét arra, hogy a szolgáltatók bevételnövelésre irányuló hajlama nem aberráció, hanem természetes közgazdasági reakció. Ugyanakkor a szolgáltató is hajlamos volt gondolatmenetét saját működéskörének határára megállítani, mintha a globális gazdasági hatások, a rendszer fenntarthatósága már irreleváns szempont lenne. Érdekes volt megfigyelni, mennyire külön világot alkotott ezen fekvőbeteg ellátással foglalkozó diskurzus, a lap szomszédos oldalain folyó irányított betegellátási vitától, miközben a HBCS rendszer működészeit a vitapartnerek ismételten a fekvőbeteg rendszeren kívüli okokra vezették vissza, melynek egyik kezelési módját épp az IBR szerű rendszerek adhatják.

A magam részéről maximálisan egyetértek a vitapartnerrel abban, hogy a HBCS rendszer bevezetésével hazánk történelmi lépést tett az egészségügyön belüli gazdálkodói mentalitás megteremtése tekintetében. A rendszer múlhatatlan érdeme, hogy bizonyította: a szolgáltatók alkalmas környezetben képesek orvos szakmai és gazdasági adatok egyidejű mérlegelésére anélkül, hogy a finanszírozási szempontok dominanciája kirívó alulkezelésekhez vezetne. Joggal lehetünk büszkéek arra, hogy a valamennyi fekvőbeteg ellátási eseményre kiterjedő HBCS rendszer bevezetésével hazánk még a társadalombiztosítás őshazájának számító Németország számára is irányt mutatott. Az elért eredmény azonban érzékelhetően nem tökéletes. Az úttörő szerep így nem jogosít fel bennünket arra, hogy dolgunkat jól végezve megálljunk! Mindössze azt jelenti, továbbiakban döntéseinket egy kevésbé feltárt környezetben kell meghoznunk.

Írásomban a HBCS finanszírozott fekvőbeteg rendszer és környezetének viszonyát kísérlem meg elemezni az általános közgazdaságtan szemüvegén át, egészséggazdasági rendszerekre általánosítható törvényszerűségek után kutatva.

HBCS RENDSZER: „VERSENGŐ” KÍNÁLAT

Bár a HBCS rendszer bevezetése történelmi jelentőségű lépés volt az egészséggazdaságon belüli gazdálkodói

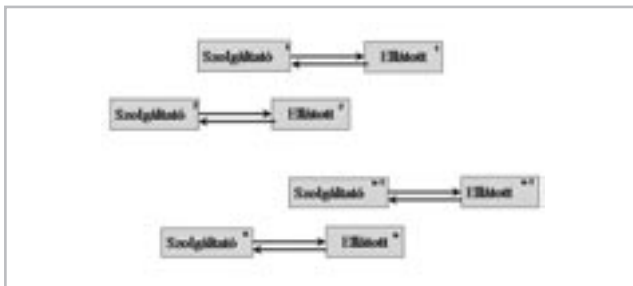
szemlélet megteremtése szempontjából, működésbe lépését mégsem tekintem a piac születésének. Bevezetésével ugyanis elméletileg mennyiségében korlátlan – bár árvo-lumenében korlátos – kereslet jött létre a fekvőbeteg szolgáltatások tekintetében. A szigorúan árrugalmatlannak tekinthető ellátások (mint a daganat sebészet) mellett ugyanis a betegek által szívesen fogadott, illetve a szolgáltatók által szívesen nyújtott összes szolgáltatás a törvény betűje szerint finanszírozásra talál (keresleti görbéje egy diktált árnál meghúzott függőleges). Így hiányzik a piac egyik igen fontos eleme, az ár / érték arány révén meghatározott volumenű, kontrollált kereslet. A rendszer valóban szimulálja a piacot, de csak a piac egyik résztvevője, a szolgáltató számára.

DEFORMÁLT HÁROM-SZEREPLŐS PIAC

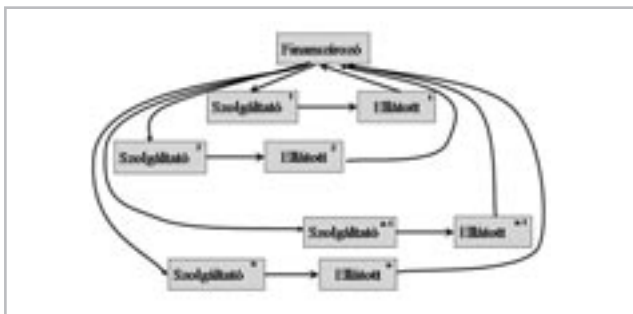
A teljesítmény arányosan finanszírozott rendszerek, mint a HBCS rendszer, ugyan kialakították a szolgáltatók gazdálkodói mentalitását, ennek ára az egyébként is deformált, háromszereplős piac további torzulása, így a volumen-növekedési érdekeltség felerősödése volt. A három-szereplős biztosítási piac ugyanis a szolgáltatók volumennövelési érdekeltsége nélkül is hajlamos volt az indokolatlan volumennövelésre. Ennek gyökere részint a piaci szereplők sajátos érdekeltségében, részint a piaci kontaktusok eleve gyenge kontrollrendszerében kereshető.

GYENGE KONTROLL A PIAC FELETT

A klasszikus közgazdasági piac vevő és eladó oldali kölcsönös ár-érték kontrollja helyett a háromszereplős piacon az ár-érték arány helytállóságát a kontaktusban közvetlenül résztvevő két fél – jelen esetben a szolgáltató és a beteg – helyett a távolból, számtalan kontaktusra vonatkozóan egyetlen finanszírozónak kellene garantálnia (1/a-1/b. ábrák). Mint az ábrán látható, n számú önszabályozó kontaktus helyett a biztosítási piaccal egyetlen 2n+1 résztvevős rendszert hoztunk létre. A rendszer növekedésével a kontroll egyre jobban távolodik a kontaktus színterétől, ami érhetően hatékonyságának igen jelentős romlását eredményezi. A szolgáltatás értéke ebben a környezetben könnyen elválik a finanszírozási értéktől. Alulfinanszírozottá válhatnak szolgáltatások, de ugyanígy finanszírozásra kerülhetnek a beteg egészségnyeresége szempontjából alacsony hozadékú ellátások is (pl. indokolatlanul ismételt vizsgálatok).



1/a ábra
Kontroll kontaktusok felett „két-szereplős” környezetben

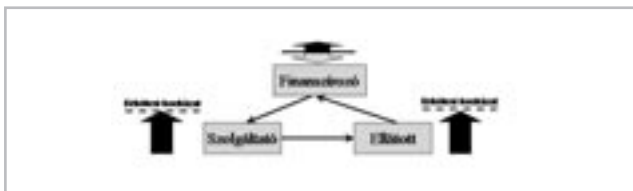


1/b ábra
Kontroll kontaktusok felett „három-szereplős” környezetben

TÖBBSZÖRÖS ERKÖLCSI KOCKÁZAT

A háromszereplős környezet beteg oldali erkölcsi kockázata – vagyis a beteg azon hajlandósága, hogy megszabott befizetése ellenében a későbbiekben számára már ingyenes szolgáltatásokból bizonyos esetekben az indokoltnál nagyobb volument vegyen igénybe – jól ismert. A beteg például a mind több vizsgálat, orvosi kontroll, vagy éppen kórházi észlelés révén próbálja egészségnyereségét maximalizálni. Azzal, hogy a szolgáltatót a teljesítmény arányában finanszírozzuk, a kontaktusban közvetlenül résztvevő másik fél számára is direkt érdekeltséget teremtettünk a szolgáltatási volumen bővítésére. Mivel a szolgáltatott tevékenység igen gyakran relatív indikációjú, az így kialakult érdekeszemség a szolgáltató által gerjeszthető környezetbe újabb erkölcsi kockázatot hoz. (2/a ábra). A finanszírozónak a kialakult helyzetben az eredeti volumen balanszírozó szerep helyett egyre inkább a volumen visszafogó szerep marad.

Ha a beteg a szolgáltatási volumenben való mind nagyobb részesedésre irányuló érdekeltségét ráadásul a szolgáltató felé még közvetlen anyagi motivációval, azaz para-



2/a ábra
Érdekeltség „teljesítmény finanszírozott” három-szereplős környezetben

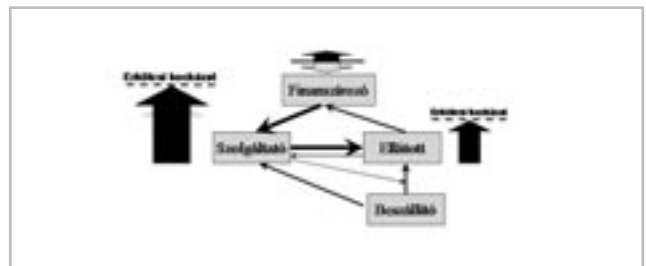


2/b ábra
Paraszolvencia hatása a három-szereplős környezetre

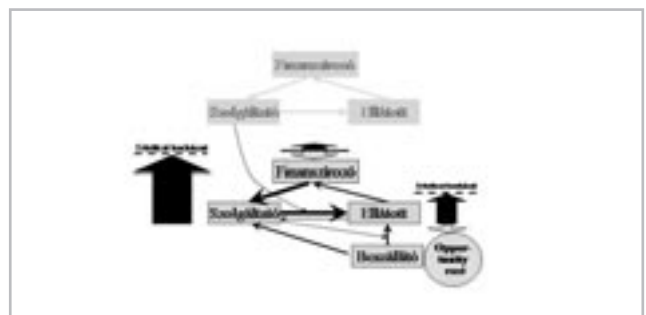
szolvenciával is kifejezésre tudja juttatni, a szolgáltató – közpénz kezelő funkciója révén – saját intézetébe való viszszarendeléssel, vagy társszolgáltatók tevékenységének megrendelésével a szolgáltatási volument tovább növelheti (2/b ábra). Mivel a teljesítményfinanszírozás és a paraszolvencia ebben a környezetben additív érdekeltségként jelennek meg, a rendszert ezen paraszolvencia facilitált tevékenység melegágyának tekinthetjük, melyben az indukált költségek meghatározó része végül a harmadik félre, a biztosítóra terhelődik.

Ha a rendszerbe ráadásul még olyan beszállítók is csatlakoznak (pl. gyógyászati segédeszköz forgalmazók), akik eladási volumene az egyes szolgáltatók működési volumenétől függ, saját érdekeiknek megfelelően érthetően megpróbálják ösztönözni a döntési pozícióban lévő szolgáltatókat a számukra kedvező magatartás kialakítására. Itt szintén csak az egyes szolgáltatók erkölcsi tartásán múlik, hogy e tevékenység milyen mértékben befolyásolja saját szolgáltatási volumenük növekedési ütemét. (3/a ábra)

Ha a szolgáltatások piaca emellett partikularizált, egységes egészségügyi piac helyett önálló járóbeteg, fekvőbeteg stb. piacokra szabdalt, a szolgáltatók megrendelések generálásában lesznek érdekeltek egyik rendszerből a másik



3/a ábra
Beszállítók hatása a három-szereplős környezetre



3/b ábra
A kassza elkülönülttségének hatása a három-szereplős környezetre

rendszerbe, hogy adott rendszerben adott bevétellel szemben álló költségeiket ezúton mérsékeljék. Ez a kasszák közti keresztmegtrendelés tehát ugyancsak a finanszírozandó volument növeli (3/b ábra).

AZ ERKÖLCS ÉS AZ ÉRDEKELTSÉG VISZONYA

Mint a fentiekből látható, a szolgáltató viselkedése, a döntési pozícióban lévő személyek erkölcsi tartása a szakmai megfontolásokkal szemben álló gazdasági hatások érvényre juttatása tekintetében kritikus. Igaz ez, ha a szolgáltatás „fee for service” rendszerben működik, mint hazánkban a járóbeteg ellátás, ahol adott finanszírozással szemben általában fix kiadás áll. A döntéshozó felelőssége azonban hatványozódik, ha a szolgáltató döntési kompetenciája a szolgáltatás fix bevételével szemben álló kiadások megválasztására is kiterjed, mint a HBCS rendszerben. A gazdasági motiváció túlzott előtérbe kerülése egy ilyen rendszerben ugyanis nem csupán a szolgáltatási volumenek elszabadulásához, hanem az egyes szolgáltatásokon belüli alulkezelésekhez is vezethet.

DÖNTÉSEK GAZDASÁGI FÜGGETLENSÉGE

A döntések objektivitása, azaz szakmai és gazdasági megfontolások egyaránt semleges módon történő megítélése annál inkább garantálható, minél kevésbé függnek gazdaságilag a döntéshozók döntéseiktől. Optimális esetben két kezelési mód összehasonlításakor választásaik közömbösségi görbéi csak a két alternatív út hasznossága alapján meghatározottak. Ha a döntéshozók döntéseik egyéni gazdasági hasznosságát is mérlegelhetik, közömbösségi görbéik torzulnak, valahogy így: hogyan viszonyul több vagy kevesebb beteg konzíliumra küldésének hasznossága / kockázata az otthoni DVD gyűjtemény bővítésének hasznosságához / kockázatához? Ez ugye gyorsan elröpít bennünket az alulkezelésekben való érdekeltséghez.

A HBCS rendszer tíz éves története azonban mégsem volt hangos az alulkezelések tömkelegétől. A szolgáltatóknál megjelent egy érdekeltség a gazdasági szempontok figyelembe vételére, de ezen érdekeltség nem volt mindent elsöprő. Ennek oka nyilván a döntési környezetben rejlik. A fekvőbeteg ellátások során döntéseket hozó orvosok hazánkban ugyanis meghatározóan közalkalmazottként tevékenykednek. Bár döntéseik gazdasági következményeire figyelmet fordítanak, hisz tartós, tolerálhatatlanul magas veszteséget produkáló orvosoknak akár munkahelye is veszélybe kerülhet, ezen relatíve tág gazdasági korlátokon belül döntéseik alapvetően szakmai megfontolásokon nyugszanak. Ezen döntéshozóknak ugyanis szakmai hitelességük megőrzése, betegük elismerésének kivívása általában nagyobb érték, mint a döntéseik áttételesen és lefékezten érzékelhető gazdasági hatása (hiányzik a vizsgálatra küldés – DVD vásárlás közvetlen dilemmája).

DÖNTÉSEK BELSŐ KONTROLLJA

További sajátossága a fekvőbeteg ellátás döntéshozatalának, hogy az egy ápolási eseményhez kapcsolódó döntéseket nem teljesen elszeparált egyének, hanem egymás tevékenységére rálátó közösségek hozzák. Bár a döntések ezen közösségen belül különböző hierarchizált szinteken születnek, a döntések kontrollja az egységes szervezeten belül alapvetően mégis összefogott. Ha egy osztályos orvos, vagy adjunktus döntései ugyanis tendenciózusan szakmai vagy gazdasági zátonyra futnak, a főorvos rövid úton átrendezheti a döntési kompetenciákat.

DÖNTÉSEK KÜLSŐ KONTROLLJA

Az összefogott fekvőbeteg intézeti döntések azonban még így is vezethetnek nem kívánatos eredményre. Szerencsére a kórházigazgató, vagy akár a fenntartó önkormányzat bármikor felülvizsgálhatja a működést, és ha a zavarok valóban súlyosak, akár el is távolíthatja pozíciójából a felelősöket.

A SZIMULÁLT PIAC INSTABILITÁSA

Bár a fekvőbeteg ellátásban kialakult döntési környezet láthatóan kielégítő védelmet nyújtott az alulkezelések erkölcsi kockázata ellen, és valószínűleg fékezte a szolgáltatói volumennövekedés erkölcsi kockázatát, a rendszerben lévő eredő erők továbbra is a volumen növekedés irányába hatnak. A gyakorlatilag korlátlan keresletű környezetben ennek ellensúlyozására a résztvevők használdozati költsége („opportunity cost”) elégtelen (3/b ábra), a finanszírozó pedig képtelen hatékony eseti kontroll működtetésére. A szolgáltatási volumen így a rendszerben törvényszerűen folyamatosan bővül.

KIÚT A VOLUMENCSDAPDÁBÓL

A folyamatos volumenbővülésből két kiút adódik:

- Visszalépni a központi irányítás irányába, és a kapacitásokat központilag vissz szabályozni
- Tovább lépni a piaci működés irányába és megteremteni a szolgáltatások keresleti oldalát

KÖZPONTI KAPACITÁSSZABÁLYOZÁS

A helyzet uralásának hazánkban eddig választott módja a szolgáltatói kapacitások központi korlátozása. Ez a technika a piaci szereplők piaci téraryát piacon kívüli eszközökkel szabályozza, ami a piac gyakorlatilag összes önszabályozó mechanizmusának szárnyát szegi. Ráadásul az egyszeri kapacitásszabályozás önmagában elégtelen a költségvetési

korlátok betartásához, mivel a szolgáltatói volumen azonos kapacitás mellett is növelhető a hatékonyság javításával.

A kapacitások degresszív finanszírozása bár tűzoltás-szerűen gyors megoldást kínál a költségvetési korlát betartására, a tíz év alatt piacszerű gondolkodásra nevelt egészségügyi ágazat számára a bázisfinanszírozás felé való visszatérés érhetően hidegzuhanyként hat. Ráadásul a degresszív finanszírozás a különböző reakcióképességű szolgáltatók tíz éves differenciált volumenbővülése után, egy heterogén geográfiai eloszlású volumenstruktúrát konzervál, melynek viszonya a valós szükségletekhez rendkívül kérdéses. A helyzet a kapacitások újraosztásáért kiált. A kapacitás központi átstrukturálásának, vissz szabályozásának lehetősége azonban a HBCS rendszerű működés 10 éve során mindvégig nyitva állt. A technika alkalmazásától – annak politikai következményeitől tartva – a központi döntéshozók általában elzárkóztak.

A KERESLET MEGTEREMTÉSE

A többszereplős egészségügyi piac egyensúlyba jutásának, a teljesítmény arányosan finanszírozott rendszerek megzabolázásának talán járhatóbb útja az ár-érték alapú megrendelői volumengazdálkodás, azaz a valódi kereslet megteremtése.

Ebben az irányban akkor mozdulhatunk el, ha a rendelkezésre álló pénzkeretet az országos egészségügyi pénztár távlatából megpróbáljuk valahova a beteg közelébe vinni, egy kellő informáltságú, kellő objektivitású, de egyúttal az anyagi forrásokat valóban menedzselő környezetbe, ahogy tettük ezt korábban a HBCS esetén az egyes ápolási események vonatkozásában. Azaz elméleti megfontolások az el látásszervezői funkció létrehozását elkerülhetetlenné teszik.

KÖVETKEZTETÉSEK

- A teljesítmény arányosan finanszírozott HBCS rendszer megtanította a hazai egészségügyi ellátó rendszert a gazdálkodói szemléletű tevékenységre.
- Az aszimmetrikus piaci környezet a folyamatos volumenbővülési hajlam miatt azonban hosszú távú, stabil működésre alkalmatlan.
- Az alkalmazott volumenkontrollálási technika, a kapacitások központi szabályozása a piacszerű működést oly mértékben korlátozza, hogy a piaci automatizmusok érvényre jutása, az allokációs hatékonyság javítása aligha várható.
- A kapacitások degresszív vissz szabályozása csak tovább gyengíti a rendszer piacszerű jellemzőit, miközben egy deformált szolgáltatói struktúrát konzervál.
- A finanszírozási rendszer és a három-szereplős piaci környezet belső érdekeltségi viszonyai a paraszolvencia rendszernek inkább melegágyát képezik, mintsem ellen-szerűt adják.

- Az aszimmetrikus piacot szimuláló környezet helyrebillentésének, a piac önszabályozó mechanizmusainak fel-élesztésének reális eszköze a menedzselte kereslet meg-teremtése lehet.

A TÖRTÉNET TOVÁBBGONDOLÁSA

Bár nem tartozik szorosan a HBCS vitához, nehéz meg-állni az IBR-re, illetve a különböző privatizációs kezdemé-nyezésekre vonatkozó tanulságok levonását.

TANULSÁGOK AZ IBR SZÁMÁRA

Mivel a döntések szakmai és gazdasági mérlegelése az IBR-ben épp úgy kritikus, mint a HBCS finanszírozott fekvő-beteg ellátó rendszerben, valószínűleg célszerű lenne töre-kedni az IBR rendszereknél is a HBCS rendszer esetén már beválthoz hasonló döntési környezet létrehozására.

Elsődlegesnek tűnik ebből a szempontból a döntésho-zó anyagi függetlensége, hisz ha a megrendelői funkciót el-látók készítése igen nagy „az otthoni DVD gyűjtemény bővítésére”, azaz nagy valószínűséggel alulkezeléseket eredményez majd.

Jó, ha a döntéshozói testület egységes szervezetként működhet. Ha a fekvőbeteg intézeti főorvos osztályát csak távolból szemlélné, vagy jelen lenne ugyan, de osztályos or-vosainak munkáját csak véleményezné, de nem irányítaná, hisz orvosai működési körüket a piacon vették, és önálló vállalkozóként üzemeltetik, valószínűleg romlana a testület működési hatásfoka.

Hasonlóan kritikus a döntéshozó testület közösségi kontrollja. Egy polgárjogi szerződéssel 10-20 évre a főorvos hitbizományára bízott rendszert a közösség részéről kont-rollálni, az esetleg szükségessé váló változtatásokat végre-hajtani ugyanis lényegesen nehezebb, és nem utolsó sor-ban sokkal költségesebb, mint megtenni ugyanezt egy fenn-tartó-működtető jogviszonyban.

PIAC ÉS PRIVATIZÁCIÓ

Bármennyire is idegen a fent vázoltak miatt az egészség-ügy rendszerétől a piaci működés, a korlátlan kereslet helyé-be lépő, az alap, illetve első szintű szakellátás felől kiinduló, korlátos – ár/érték arány alapján volumen tekintetében gazdál-kodó – kereslet a magasabb szintű szakorvosi, illetve fekvő-beteg ellátások körében már valódi piac megteremtődését eredményezheti. Ezen a szinten ugyanis jelentős részben ter-vezhető beavatkozások állnak, ahol az időbeli és földrajzi mo-nopolisztikus hatás a társadalom fokozódó mobilitása mellett egyre kevésbé érvényesül. Megéri a beteget, vagy a betegtől nyert mintát 50-100, vagy akár 250 km-re is elküldeni egy vizs-gálatra, egy konzultációra, ha ezáltal oly mértékben megbíz-ható eredményhez jutunk, ami később pénzt spórol meg az el-

látási sorban. A kereslet szabad változása a magasabb szintű szolgáltatók szelektálódását eredményezheti, ösztönözve ezzel saját tevékenységük minőségfejlesztését.

Mivel ezen szolgáltatói szinten már szakorvos megrendelő szakorvos szolgáltatóval áll kapcsolatban betegek révén, az információ aszimmetria minimális. Ezen kereslet és kínálat révén szabályozott környezetben privát szolgáltatók megjelenése már akár üdvözölhető is. Ha működési terület ezen szolgáltatók nem monopolisztikus helyzet megvásárlása révén, hanem a szolgáltatók versenyében, napi szinten bizonyított eredményesebb működéssel szerzik, elterjedésük egyenesen kívánatos is.

A levezetett elméleti megfontolások alapján a privatizációra alkalmas szolgáltatási szint az egészségügyben nem a betegirányításban meghatározó alapellátó, de nem is a hasonlóan monopolisztikus helyzetben tevékenykedő ellátásszervező, hanem a valódi kereslet megteremtése után, az ezen keresletért versengő magasabb szintű egészségügyi szolgáltató.

ÖSSZEFOGLALÁS

A HBCS rendszer 10 éves hazai története bizonyágot adott arról, hogy megteremthető az a döntési környezet az egészségügyi ellátásban, mely szakmai szempontok elsődleges mérlegelése mellett képes gazdasági megfontolások kellő súlyú figyelembe vételére is.

A belső érdekeltségi mechanizmusai miatt folyamatos volumenbővülési tendenciát mutató aszimmetrikus piac azonban instabil, hosszú távon fenntarthatatlan.

A piac helyrebillentése, a piaci önszabályozó mechanizmusok felélesztése érdekében meg kell teremteni a kínálattal szembenálló menedzselte keresletet.

Ezen továbblépéshez a HBCS rendszer tanulsága, hogy az ellátási eseményekről döntést hozók akkor működnek szabatosan, ha gazdaságilag függetlenek, egységes döntéshozói szervezetbe tömörülnek, és erős közösségi kontroll alatt állnak.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Dr. Szummer Csaba: Degresszív egészségpolitika Magyarországon? IME 3 (2): 11-14
- [2] Dózsa Csaba: „Agresszív” HBCS politika Magyarországon: kérdések és válaszok a HBCS rendszer működésével és jövőjével kapcsolatban. IME 3 (4): 14-20
- [3] Dr. Szummer Csaba: HBCS avagy a piac diszkrét bája. IME 3 (5): 18-23
- [4] Dr. Pásztélyi Zsolt: Szerkesztőségi állásfoglalás „Degresszív és agresszív HBCS politika Magyarországon” témakörben megjelent cikk és válaszcikkek kapcsán. IME 3 (5): 24-25
- [5] Dr. Evetovits Tamás: Célok és eszközök összehangolása az Irányított Betegellátási Rendszerben: az információ aszimmetria problematikája. IME 3 (3): 11-15
- [6] Dr. Sinkó Eszter: Az ellátásszervezésről szóló törvénytervezet és annak várható hatása a magyar egészségügy működésére. IME 3 (4): 5-9
- [7] Dr. Fendler Judit: 10+2 kérdés az egészségügyi ellátásszervezőkről szóló törvény tervezetéhez. IME 3 (4): 10-13
- [8] Radnai György: Az Egészségügyi Reform Programiroda kormánybiztosának válasza a Magyar Kórházszövetségnek az ellátásszervezőkről szóló törvénytervezettel kapcsolatos kérdéseire. IME 3 (5): 10-13

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Kósa István 1962-ben Szombathelyen született. Általános orvosi diplomáját 1986-ban Szegeden szerezte, majd előbb az egyetem Izotópdiaosztikai Laborjának, 1992-től Kardiológiai Központjának munkatársa. 1994-ben belgyógyászat, 1997-ben kardiológia szakvizsgát szerzett. 1995-6-ban Münchenben, a PET Centrumban fog-

lalkozott Nukleáris Kardiológiai kutatásokkal. A Dél-alföldi regionális egészségfejlesztési pályázat szív-érrendszeri fejezetének koordinálása után 1998-99-ben egy évet szakmai tanácsadóként dolgozott az OEP főigazgatója mellett. Egészségügyi menedzser másoddiplomát 2003-ban szerzett Szegeden. A képzés kapcsolódó két hetes kórházmenedzsment gyakorlatát a bécsi Rudolfinerhaus-ban töltötte. Ph.D. fokozatát 2003-ban védte nukleáris kardiológiai témában.