

SZAKPOLITIKAI JAVASLAT - 2026 No.6

HOGYAN GYÓGYÍTSUK MEG AZ EGÉSZSÉGÜGYET?

Az Egyensúly Intézet szakpolitikai
javaslatai a magyar egészségügyi
ellátórendszer átalakításáról



**Egyensúly
Intézet**

Hogyan gyógyítsuk meg az egészségügyet?

Az Egyensúly Intézet szakpolitikai javaslatai
a magyar egészségügyi ellátórendszer átalakításáról
2026-06

Az Egyensúly Intézet köszönetet mond a javaslatcsomag előkészítése során nyújtott értékes szakmai segítségéért Kézi Tibornak, Kincses Gyulának, Kósa Istvánnak, Rékassy Balázsnak, Schiller-Tamás Lászlónak, Sinkó Eszternek és Váradi Péternek. A javaslatcsomag alapjául szolgáló háttér tanulmány részben a Konszenzus az Egészségért Kör Szakértői szakmai anyagára épült. A részletes háttér tanulmány elkészítéséért külön köszönet illeti Rékassy Balázst.



A szakpolitikai javaslatcsomag a
Friedrich-Ebert-Stiftung támogatásával készült.

Felelős kiadó: Boros Tamás,
az Egyensúly Intézet igazgatója
2026. október
© Egyensúly Intézet

Magyarország jövő időben ►►

Egyensúly Intézet



TARTALOMJEGYZÉK

Vezetői összefoglaló	3
1. Mi a probléma?	9
2. A magyar egészségügyi ellátórendszer öt fő problémája	10
3. Az Egyensúly Intézet szakpolitikai javaslatai a magyar egészségügyi ellátórendszer átalakításáról	21

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

01

Magyarországon minden évben egy kisvárosnyi magyar, 16–17 ezer ember hal meg olyan betegségek következtében, amelyek megfelelő időben történő orvosi beavatkozással, korszerű terápiával vagy gondosabb betegellátással elkerülhetők lennének. Egészségügyi rendszerünk jóval rosszabbul teljesít, mint amit hazánk gazdasági fejlettsége mellett elvárhatnánk.

.....

02

A magyarok mindössze 12 százaléka elégedett az egészségügyi ellátással, míg 55 százalék kifejezetten rossznak vagy nagyon rossznak ítéli azt. Az egészségügyi rendszer gyenge színvonala rendre a három leg súlyosabb érzékelt problémaként jelenik meg az emberek politikai problématérképén.

.....

03

Az egészség nem csupán alapvető jog, de egy hozzánk hasonlóan természeti erőforrásokban szegény, ugyanakkor fogyó népességű és elöregedő ország szempontjából a legfontosabb közösségi

erőforrás is. Hosszú távú befektetésként, jövőbeni jóllétünk szempontjából kiemelt stratégiai területként kell tekintenünk az egészségügyre.

.....

04

A születéskor várható átlagos élettartam tekintetében Magyarország hátulról a negyedik az EU-n belül: egy átlagos magyar még ma is mintegy öt évvel él kevesebbet, mint egy átlagos európai társa. A kezelhető okokból bekövetkezett halálozások százezer főre vetített számát tekintve Magyarországnál csak Bulgáriában, Romániában és Litvániában rosszabb a helyzet.

.....

05

A magyar egészségügy alacsony hatékonyságának első fő oka az átgondolatlan szervezés. Miközben a fejlett egészségügyi rendszerek egyre inkább a megelőzésre, az alapellátásra és a járóbeteg-ellátásra épülnek, a magyar rendszer ma túlzottan kórházközpontú: sok beteg csak előrehaladott állapotban kerül a rendszerbe, amikor a gyógyítás már



nehezebb és költségesebb. A rendszer működése mindemellet ma elsősorban az akut betegségek és egészségügyi események kezelésére épül, miközben a magyarok egészségi állapotát döntően a krónikus betegségek határozzák meg. Márpedig a magyar ellátórendszer kevéssé alkalmas a krónikus betegek hosszú távú menedzselésére.

.....

06

A második fő probléma az általános forráshiány. Az EU-ban mi költünk a legkevesebbet az egészségügyi ellátórendszerre. Ha csak az állami finanszírozást nézzük, az EU tagállamai átlagosan a GDP 7,3 százalékát költik egészségügyre – a 4,7 százalékos magyar költség nemcsak ettől marad el, de még a visegrádi országok átlagának is alig több mint a fele. A hiányzó közkiadásokat az emberek saját zsebből igyekeznek pótolni. Magyarországon az egészségügyi költségeknek már közel a harmadát (a GDP több mint 2 százalékát) fizetik közvetlenül a betegek, ami több mint kétszerese a nyugat-európai átlagnak. A finanszírozás mindemellet nem csupán elégtelen, de rosszul szervezett is: kevéssé ösztönöz jobb minőségű szolgáltatásokra és jobb egészségügyi kimenetek elérésére, miközben gyakran nem fedezi a tényleges költségeket.

07

A harmadik fő probléma az általános, a rendszer minden szintjét érintő humánerőforrás-hiány. 900–1000 háziorvosi praxis tartósan betöltetlen, ráadásul a probléma elsősorban a leszakadó régiókban koncentrálódik. Az állandó hiány oka a szakemberek előregedése. A háziorvosok medián életkora 61, a házi gyermekorvosoké pedig 63 év. Emellet az EU-n belül mind az ápolók, mind a szülésznők lakosságarányos száma Magyarországon a második legalacsonyabb. Sok kórházi osztály bezárása elsősorban nem az orvoshiány, hanem a szakdolgozók hiánya miatt következik be. A probléma gyökere egyértelműen az alulfizetettség és a túlterheltség.

.....

08

A negyedik fő probléma a közfinanszírozott, illetve a magánegészségügy tisztázatlan viszonya. A két rendszer közötti átmenet sokszor szervezetlen, az információáramlás hiányos, a felelősségi viszonyok pedig nincsenek megfelelően rögzítve. Emiatt a betegutak gyakran megszakadnak, vizsgálatok ismétlődnek meg feleslegesen, a betegeknek pedig maguknak kell koordinálniuk

az ellátásukat. Legalább ekkora probléma a párhuzamosan működő, de összehangolatlan kapacitások rendszere, valamint az, hogy az állam nem képes ellensúlyozni a magánegészségügynek a szakemberekre gyakorolt szívóhatását.

09

Az ötödik fő probléma az ellátások minőségét és eredményességét megragadó nyilvános adatok szűkössége. A műtéti szövődmények aránya, a kórházi újrafelvételek gyakorisága, a fertőzések előfordulása, az egyes betegségek kezelési eredményei vagy a betegelégedettségi adatok az utóbbi idők adatközlési előrelépései ellenére sem alkotnak olyan átfogó, nyilvános indikátorrendszert, amely érdemi visszajelzést adhatna a rendszer szereplőinek. A gyógyítást nehezíti, hogy a betegek gyakorlatilag elvesznek a rendszerben: nem létezik betegútmenedzsment, amely végigkísérné a pácienseket az ellátás különböző szintjein. Az összekapcsolt, interoperábilis adatbázisok hiánya

miatt az adatok a rendszer belső működésében is széttöredezettek, nem szolgálják a munkafolyamatok egyszerűsítését vagy a gyógyítás hatékonyságának javítását.

10

Az Egyensúly Intézet ezért azt javasolja, hogy az egészségügyre fordított GDP-arányos közkiadásokat a jelenlegi 4,7 százalékról 2030-ig fokozatosan emeljük legalább a többi visegrádi ország mindenkori átlagára (ez ma 7 százalék).

11

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt felváltó Országos Egészségbiztosító Pénztár ne mechanikus kifizetőként, hanem valódi szolgáltatásvásárlóként működjön, amely a forrásokat a minőséghez és az eredményekhez köti! Ennek részeként alakítsunk ki egységes indikátorrendszert, amely mérhető, összehasonlítható és nyilvánosan hozzáférhető mutatókon alapul!



12

Új források bevonásával csökkentsük a visegrádi átlagra a közvetlen lakossági egészségügyi kiadások arányát!

Az állam adókedvezményekkel, valamint a munkáltatói befizetések kedvező adózásával ösztönözze az egészségpénztári megtakarítások és a kiegészítő egészségbiztosítások terjedését!

.....

13

A valós költségek fedezése érdekében az egészségbiztosító bizonyos ellátások esetében fokozatosan térjen át a betegút alapú finanszírozásra! Vagyis ne külön-külön az egyes vizsgálatokat és beavatkozásokat, hanem a beteg teljes ellátási folyamatát finanszírozza! Az ellátórendszerben betegút-koordinátorok gondoskodjanak a betegutak hatékony szervezéséről!

.....

14

A rugalmasabb kapacitástervezés érdekében az ellátási kötelezettség ne közvetlenül a településekhez, hanem

tágabb, például járási szinthez kötődjön! Meghatározott időközönként vizsgáljuk felül a háziorvosi praxishatárokat, hogy azok a folyamatosan változó, valós szükségletekhez igazodhassanak!

.....

15

Alakítsunk ki és működtessünk multidiszciplináris, prevenciós fókuszú csoportpraxisokat! Ezek öt évente végezzék el a 35 és 64 év közötti magyarok általános jellegű egészségügyi szűrését! Az alapellátás finanszírozását kössük a teljesítményhez és az eredményekhez! Vonjuk be közvetlenül a gyógyszerészi szaktudást a betegek mindennapi gyógyításába! A háziorvosi praxisközösségeken belül hozzuk létre a terápiamenedzseri (lényegében klinikai gyógyszerészi) munkakört, valódi tanácsadói, terápiakövető funkcióval, hogy a betegek gyógyszerelése biztonságosabb és olcsóbb legyen! Segédegészségőrök segítsék a leszakadó társadalmi csoportok egészségfejlesztését!



16

A szakdolgozóhiány enyhítése érdekében zárkóztassuk fel a szakdolgozói béreket az országos átlagbér szintjére! Vezessünk be differenciált bérrendszert, amely a szakképzettségi szintekhez és a munkaterheléshez igazodik! Emellett szolgálati lakással, kedvezményes bérlakásprogrammal, lakhatási támogatással tegyük vonzóbbá a szakdolgozói pályát!

.....

17

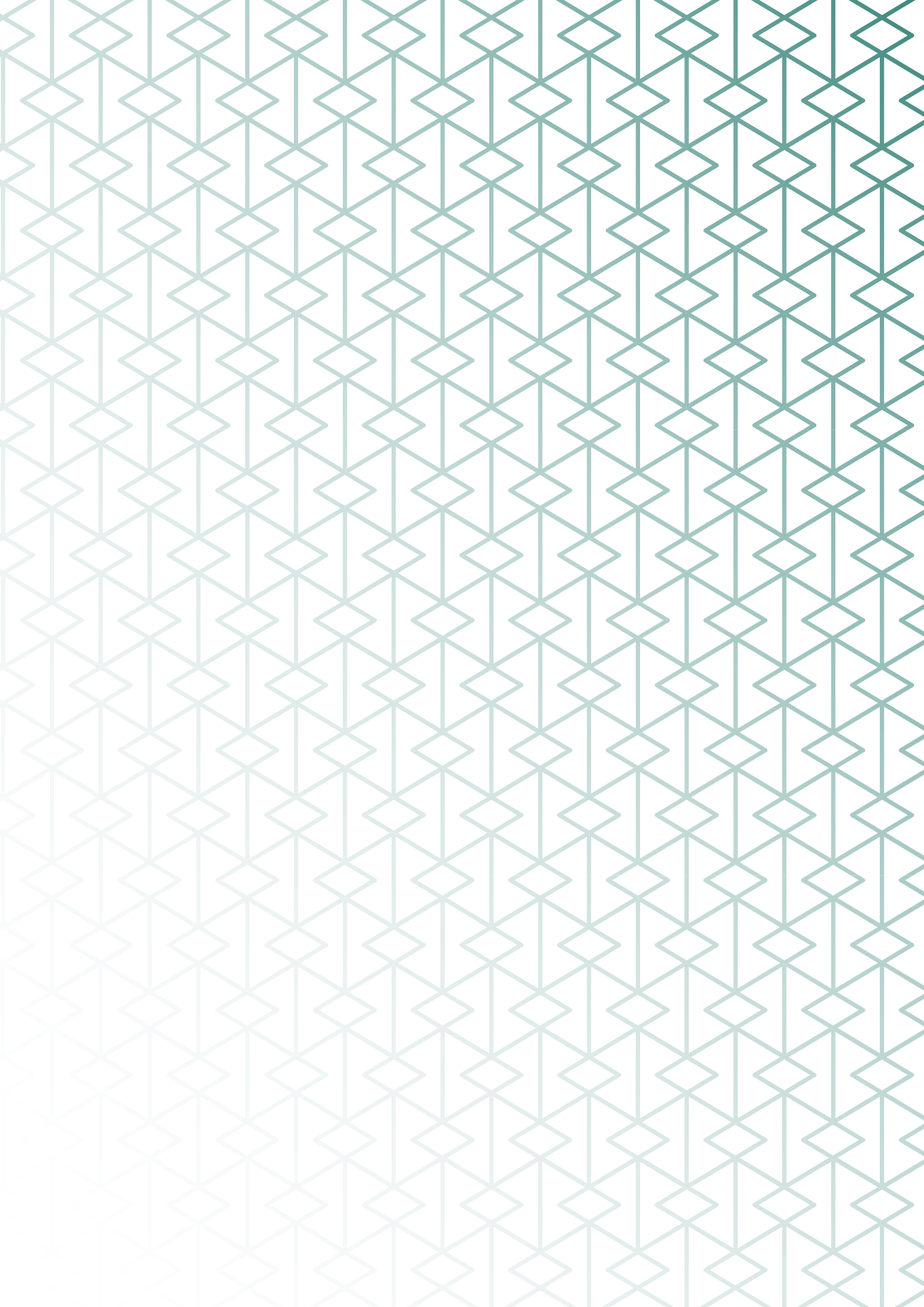
Tegyük szektorsemlegessé az egészségügyet! A köz- és magánszolgáltatók azonos szakmai, minőségbiztosítási és adatszolgáltatási standardok szerint működjenek, a rendszer szervezését és a kapacitások irányítását azonban továbbra is az állam lássa el! Tegyük lehetővé, hogy az OEP szigorú minőségi feltételek mellett szerződhesen magánszolgáltatókkal a várólisták csökkentése és a területi

egyenlőtlenségek mérséklése érdekében! A magánpraxisok engedélyezését és kapacitásbővítését kössük rendszeres területi és szakmai kapacitásvizsgálatokhoz!

.....

18

Alakítsunk ki egységes, nyilvános és rendszeresen frissített minőségindikátor-rendszert, amely az egészségügyi ellátások eredményességét, minőségét és betegközponúságát méri! Az eredmények legyenek nyilvánosan hozzáférhetők, és fokozatosan épüljenek be a szolgáltatók finanszírozásába, hogy a rendszer ne csupán a beavatkozások mennyiségét, hanem azok tényleges eredményét is jutalmazza! Az egészségügyi informatika a dokumentumtároló szerepből fokozatosan a döntéstámogatás, a betegútmenedzsment és a minőségfejlesztés irányába mozduljon el!



1. MI A PROBLÉMA?

Magyarországon kiugróan sok ember hal meg olyan betegségek következtében, amelyek megfelelő időben történő orvosi beavatkozással, korszerű terápiával vagy gondosabb betegellátással elkerülhetők lennének. Ez **minden egyes évben egy kisvárosnyi magyar, mintegy 16–17 ezer ember idő előtti halálát** jelenti. Ezeknek a haláleseteknek a jelentős részét nem a betegség súlyossága, hanem **az ellátórendszer hiányosságai: a késői diagnózis, a kapacitáshiány miatt hosszú várólisták vagy a kezelések elmaradása** okozza. Összességében megállapítható, hogy egészségügyi rendszerünk jóval rosszabbul teljesít, mint amit hazánk gazdasági fejlettsége mellett elvárhatnánk.

Ezt erősíti meg az érintett polgárok szubjektív megítélése is. Az Ipsos 2025-ös, globális felméréséből kiderül, hogy **a magyarok mindössze 12 százaléka elégedett az egészségügyi ellátással, míg 55 százalék rossznak vagy nagyon rossznak ítéli azt.** Gondolhatnánk, hogy máshol sem lehet sokkal jobb a helyzet, ám ez távol áll a valóságtól: a kutatásban vizsgált 30 országban átlagosan a megkérdezettek 43 százaléka ítélte nagyon jónak vagy jónak az egészségügyi ellátás színvonalát – rossznak vagy nagyon rossznak mindössze 22 százalék. Ebből a vizsgálatból az is kiderült, hogy a vizsgált országok közül **messze Magyarországon a legalacsonyabb azok aránya, akik szerint hazájuk ellátórendszere képes biztosítani a lehető legjobb kezelést – a globális 48 százalékkal szemben nálunk mindössze 11 százalék az optimisták aránya.**¹ Hazai kutatások sora is azt igazolja, hogy az egészségügyi rendszer gyenge színvonala rendre a három legsúlyosabb érzékelt problémaként jelenik meg az emberek politikai problématérképén.

Az egészség nem csupán alapvető jog, de egy hozzánk hasonlóan természeti erőforrásokban szegény, ugyanakkor fogó népességű és előregedő ország szempontjából **a legfontosabb közösségi erőforrás**

is. Miközben a munkaképes korú népesség létszáma a következő évtizedekben sok százezerral fog csökkenni, a nyugdíjas korúak aránya folyamatosan emelkedni fog: vagyis **egyre kevesebb aktív korú embernek kell előállítania azt a jövedelmet, amelyből a társadalom egésze szempontjából nélkülözhetetlen, alapvető állami közszolgáltatások finanszírozhatók.** Ebben a helyzetben minden megelőzhető betegség, minden idő előtti halálozás és minden tartós egészségkárosodás nemcsak egyéni tragédia, hanem osztályrészünk, társadalmi szintű veszteség is. **Az egészséges munkavállaló termelékenyebb, ritkábban szorul táppénzre, könnyebben alkalmazkodik a technológiai és munkaerőpiaci változásokhoz, valamint hosszabb ideig képes aktív szerepet vállalni a gazdaságban és a társadalmi életben.** Ezzel szemben a rossz egészségi állapot csökkenti a foglalkoztathatóságot, növeli az inaktivitást, és jelentős terheket ró a családokra, a munkáltatókra és az államra egyaránt.

Az egészséges munkavállaló termelékenyebb, ritkábban szorul táppénzre, könnyebben alkalmazkodik a technológiai és munkaerőpiaci változásokhoz.

Nem véletlen, hogy **a legfejlettebb országok egyre inkább hosszú távú befektetésként tekintenek az egészségügyre.** Egy olyan ország számára, amelynek nem áll rendelkezésére jelentős nyersanyagvagyon, és amely demográfiai szempontból tartós népességcsökkenéssel néz szembe, különösen fontos, hogy polgárait minél jobb egészségi állapotban tartsa.

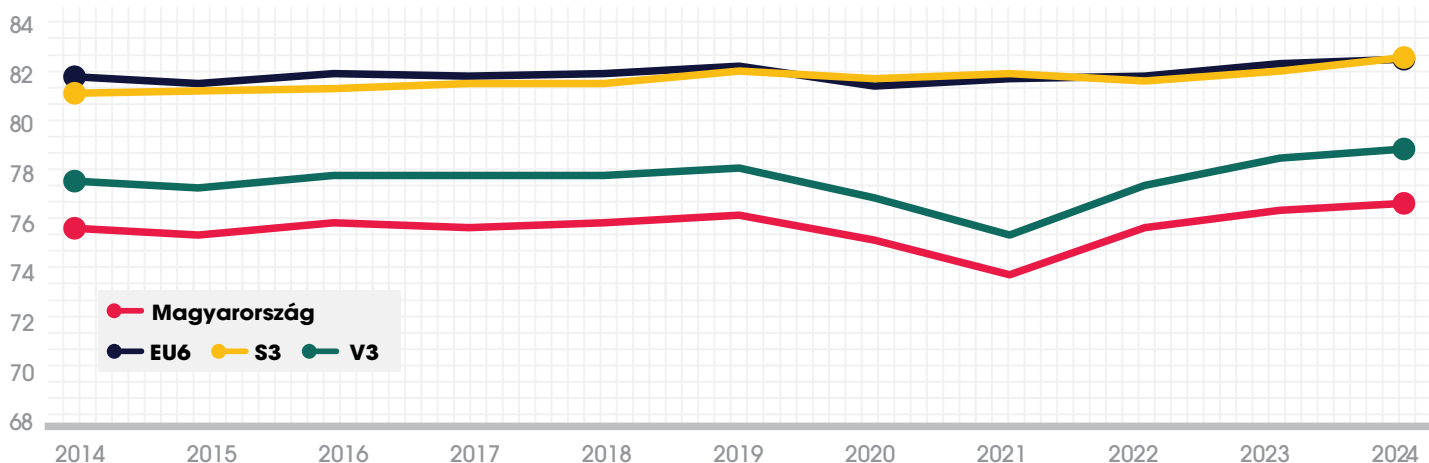
¹ IPSOS Health Service Report 2025. https://resources.ipsos.com/rs/297-CXJ-795/images/Ipsos_health_service_report_2025.pdf?version=1&ali-Id=evJpIjoiYjlsTnpaRDhxTEWxQVRIOSIsInQiOiJSSSFZHU1pMdiV2MWVjVotTSnF5R29RPToifQ%253D%253D



2. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ-RENDSZER ÖT FŐ PROBLÉMÁJA

A születéskor várható átlagos élettartam tekintetében Magyarország hátulról a negyedik az EU-n belül: egy átlagos magyar még ma is mintegy öt évvel él kevesebbet,

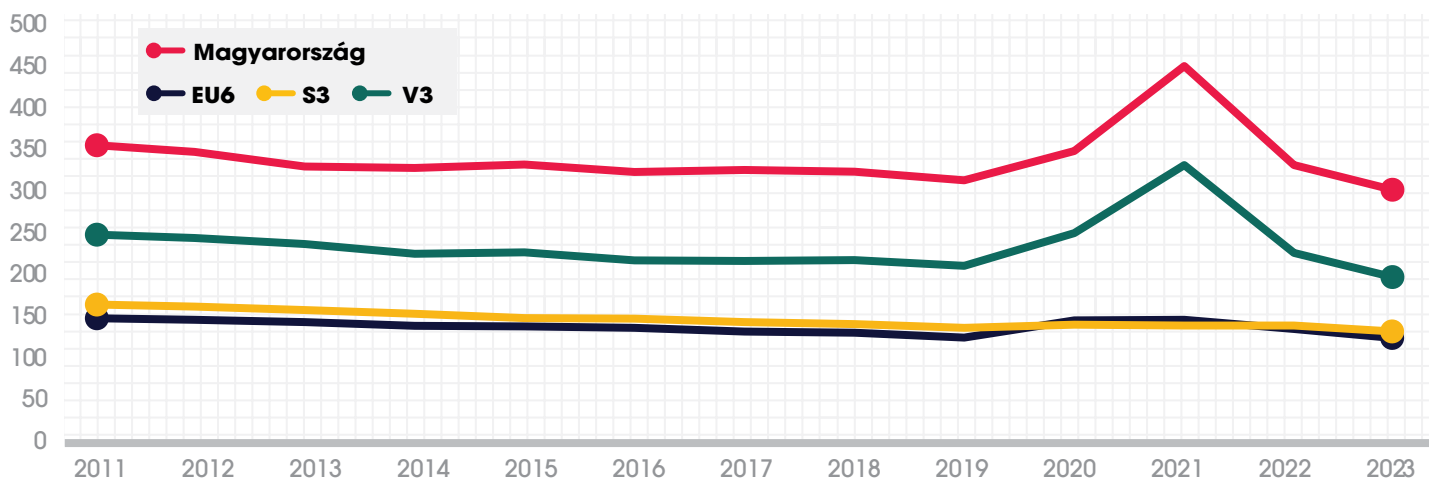
mint átlagos európai társa, de még a visegrádi régió belül is nálunk a legrosszabb a helyzet (1. ábra).



1. ábra:² Születéskor várható átlagos élettartam (élethév, 2014–2024). Forrás: Eurostat

A rossz adatok mögött jórészt olyan tényezők állnak, amelyek közvetlenül sokkal inkább függenek össze az emberek életmódjával, hétköznapi egészségmagatartásával, mint a hazai egészségügyi ellátórendszer színvonalával. Ezt a jelenséget jól ragadja meg a megelőzhető halálozások száma: ez százezer főre

vetítve mutatja meg, hogy egy jól működő megelőzési rendszerben (vagyis egészséges életmód, megfelelő táplálkozás, szűréseken való részvétel, a betegség korai felismerése esetén) hány 75 év alatti ember esetében lett volna elkerülhető a halálozás. E tekintetben az egész EU-ban egyedül Lettország áll rosszabbul nálunk (2. ábra).

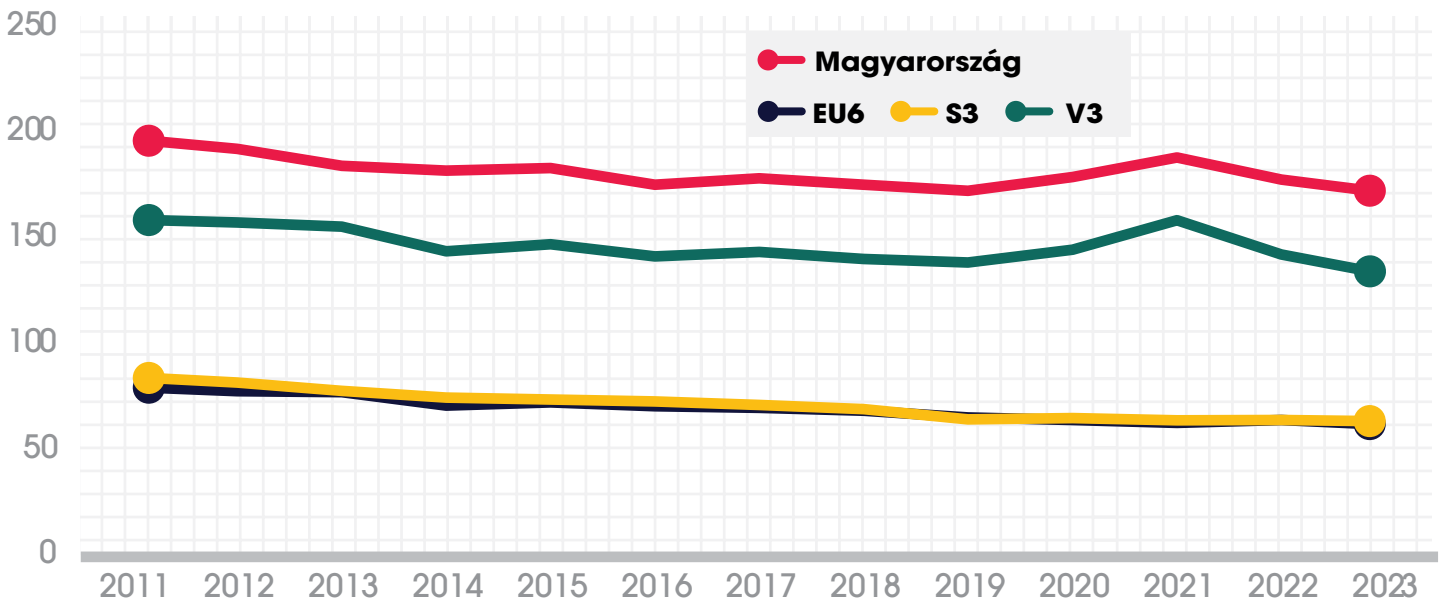


2. ábra: Megelőzhető okokból bekövetkezett halálozások száma százezer főre vetítve (fő, 2011–2023). Forrás: Eurostat

² V3: a visegrádi négyek tagállamai Magyarország nélkül (Csehország, Lengyelország, Szlovákia). EU6: az Európai Unió alapító tagállamai (Belgium, Franciaország, Hollandia, Luxemburg, Németország, Olaszország). S3: az EU-tag skandináv országok (Dánia, Finnország, Svédország).

Az emberek egészségmagatartásának javítása és a megelőzés egy korszerűen működő, a viselkedéstudományok eredményeit a gyakorlatban alkalmazó népegészségügy dolga (az *Egyensúly Intézet* korábban részletesebben foglalkozott a népegészségügy megújításával *Hogyan leszünk egészséges nemzet? című szakpolitikai javaslatcsomagjában*). Ugyanakkor egy jól működő népegészségügy megléte esetén is megmarad

a már kialakult megbetegedések kezelésének feladata, amely az egészségügyi ellátórendszerre hárul. Az elérhető mutatók alapján Magyarországon ez az alrendszer sem teljesít jól. **A kezelhető okokból bekövetkezett halálozások százezer főre vetített számát tekintve Magyarországnál csak Bulgáriában, Romániában és Litvániában rosszabb a helyzet** (3. ábra).



3. ábra: Kezelhető okokból bekövetkezett halálozások száma százezer főre vetítve (fő, 2011–2023). Forrás: Eurostat

A magyar egészségügyi ellátórendszer annak ellenére sem működik hatékonyan, hogy első pillantásra **számos bemeneti mutató alapján kifejezetten jól állunk**. A százezer főre jutó kórházi ágyak száma például a legmagasabbak közé tartozik az EU-n belül, és az orvosok lakosságarányos eloszlásában sem állunk kiugróan rosszul. A meglévő kapacitások is ki vannak használva. Az egy főre jutó személyes orvoslátogatások száma az uniós élmezőnybe tartozik: nálunk csak Szlovákia, Hollandia és Németország mutat magasabb értéket.

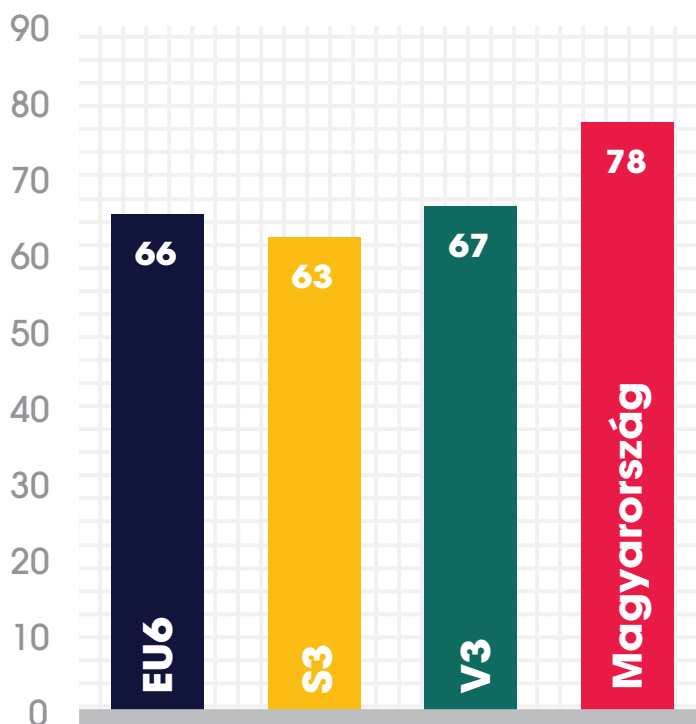
Emellett hazánk a második helyen áll az átlagos kórházi tartózkodás hosszában is: egy beteg átlagosan 9,4 napot tölt a kórházban, ami jóval magasabb a 8 napos uniós átlagnál. Ez utóbbi adatnak ugyanakkor alapvetően az az oka, hogy a szociális és otthonápolási kapacitások, valamint a járóbeteg-szakellátás hiányosságai miatt a hosszabb ápolást és utógondozást igénylő betegeket jobb híján a kórházakban tartják. Mindez egyértelműen arra utal, hogy **rosszul használjuk ki a rendelkezésünkre álló erőforrásokat**.

2.1. ÁTGONDOLATLAN SZERVEZÉS ÉS ÁTLÁTHATATLAN BETEGUTAK

A probléma egyik legfontosabb oka az, hogy a **magyar egészségügyi rendszer még ma is túlzottan kórházközpontú**. Miközben a világ fejlettebb, korszerűbb egészségügyi rendszerei egyre inkább a megelőzésre, az alapellátásra és a járóbeteg-ellátásra épülnek, hazánkban továbbra is a fekvőbeteg-ellátás viszi el az erőforrások zömét. Aránytalanul sok energiát fordítunk a már kialakult betegségek kezelésére, miközben jóval kevesebb figyelem jut a megelőzésre és a korai beavatkozásra. Ennek következménye, hogy sok beteg csak előrehaladott állapotban kerül az ellátórendszer látóterébe, amikor a gyógyítás nehezebb, költségesebb és kisebb eséllyel vezet teljes felépüléshez. **Ez rendszerszinten rosszabb egészségügyi eredményekhez vezet, de lényegesen költségesebb is annál, mint ha a problémákat korábban, az alapellátás vagy a járóbeteg-szakellátás szintjén sikerülne kezelni.** A kórházközpontú működés egyúttal a rendszer túlterheltségének fő okozója is. Számos olyan feladat kerül ma a szakrendelésekre vagy a kórházakba, amelyeket megfelelő szervezettség esetén az alapellátásban vagy más, alacsonyabb ellátási szinteken is el lehetne látni.

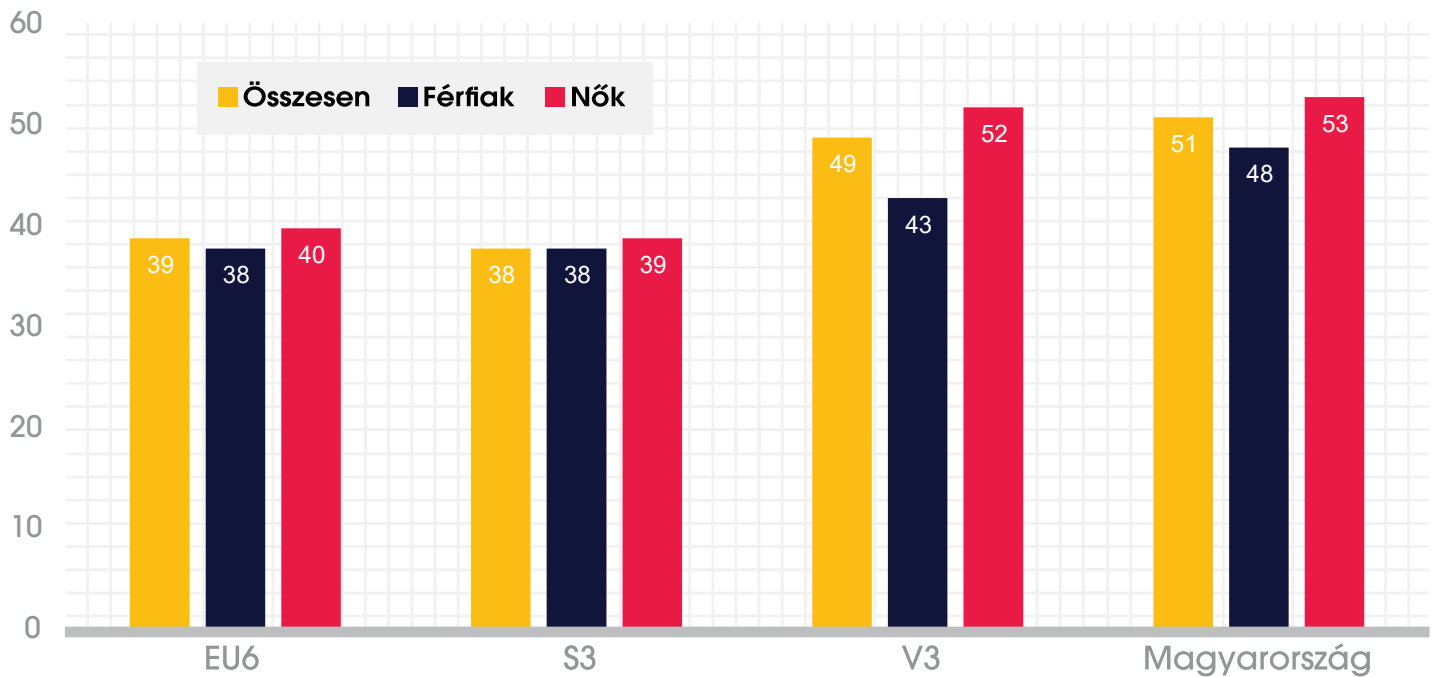
A rossz szervezésre és a túlterheltségre utal a várólisták hossza és hosszabbodása is. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatai szerint **2019-ben összesen 28 ezer beteg várt 60 napnál régebben valamilyen műtéti beavatkozásra – ez a szám 2026 nyarára 35 ezer fölé emelkedett.** A várakozási idő tekintetében egészen szélsőséges különbségek figyelhetők meg, ami a kapacitások súlyosan egyenlőtlen eloszlására utal. A csípőprotézis-műtétek esetében például a medián várakozási idő 44 nap, ami annyit jelent, hogy az érintett betegek pontosan fele kevesebb mint másfél hónap alatt sorra kerül. Az országos átlag ennél mégis jóval magasabb: 143 nap, ami az extrém magas, számos esetben akár 300 napot is meghaladó várakozási idők torzításának eredménye. Hasonló a helyzet a térdprotézisre várakozók esetében: a tényleges átlagos várakozási idő 291 nap, ami azonban egyes intézményekben a két évet is meghaladja.

Ezek a statisztikai eltérések éles területi és intézményi egyenlőtlenségek eredője: **míg bizonyos jól ellátott centrumokban a betegút gördülékenyen szervezett, addig más, orvoshiánnyal vagy rendszerszintű túlterheltséggel küzdő régiókban a páciensek akár hosszú hónapokra, olykor évekre is beragadhatnak az ellátórendszerbe.** Egy uniós felmérés szerint a magyarok kiemelkedően nagy arányban számoltak be arról, hogy egészségügyi ellátásuk a hosszú várakozási idők miatt maradt el (4. ábra).



4. ábra: Egészségügyi szükséglet kielégítetlensége várólista miatt (százalék, 2024). Forrás: Eurofound

A magyar egészségügyi rendszer működése mindemellett ma elsősorban az akut betegségek és egészségügyi események kezelésére épül, miközben **a magyarok egészségi állapotát döntően a krónikus betegségek határozzák meg.** A prevenció és a korai felismerés gyengesége miatt EU-s összevetésben kiugróan magas Magyarországon azok aránya, akik egyszerre két vagy több krónikus betegségben szenvednek (5. ábra).



5. ábra: A legalább két krónikus betegségben szenvedők aránya 65 éves kor felett (százalék, 2022). Forrás: OECD

Márpedig a magas vérnyomás, a cukorbetegség, az elhízás, a szív- és érrendszeri betegségek, a krónikus légzőszervi megbetegedések vagy számos daganatos kórkép **nem egyszeri beavatkozást, hanem hosszú távú, folyamatos gondozást igényelnek**. E betegségek sikeres kezelése sokkal inkább a rendszeres betegkövetésen, az állapotban bekövetkező változások időbeni felismerésén, az életmód-támogatáson és a különböző ellátási szintek együttműködésén múlik, mint egy-egy kórházi ellátáson vagy szakorvosi viziten. A rendszer ma ugyanazt a beteget gyakran különálló ellátási epizódok sorozataként kezeli. A háziorvos, a szakorvos, a kórház és a különböző szakrendelések egymástól függetlenül találkoznak ugyanazzal az emberrel, miközben kevés figyelem jut az ellátások összehangolására és a hosszú távú egészségügyi célok követésére. Ennek következtében **sokszor már**

inkább a szövődmények kezelésére költünk, ahelyett, hogy azok kialakulását előznénk meg.

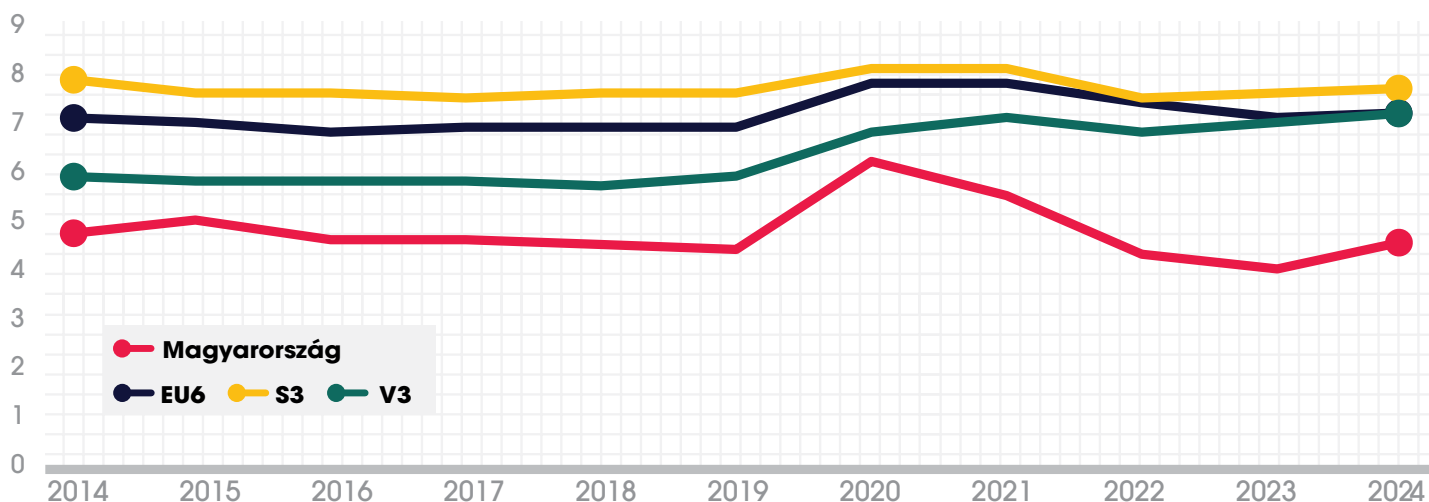
A magyar rendszer általánosságban is nagyon kevésbé alkalmas a krónikus betegek hosszú távú menedzselésére. Sok esetben hiányoznak az egységes gondozási tervek, nem egyértelmű, hogy ki felel a beteg állapotának folyamatos követéséért, és **kevés olyan szakember dolgozik a rendszerben, akinek kifejezetten a betegút koordinálása lenne a feladata**. Emiatt a betegek gyakran csak akkor kerülnek ismét az ellátórendszer látóterébe, amikor állapotuk már jelentősen romlott, vagy szövődmények alakultak ki. Ez egyszerre rontja az életkilátásokat, növeli az egészségügyi kiadásokat és fokozza az ellátórendszerre nehezedő terhelést.



I 2.2. FORRÁSHIÁNY

A magyar egészségügyi ellátórendszer egészét egyszerre jellemzi a finanszírozás tartósan alacsony szintje és a súlyosan pazarló forrásfelhasználás. Az Eurostat legutóbbi, 2024-es adatai alapján **az egész Európai Unióban mi költünk a legkevésbé az egészségügyi**

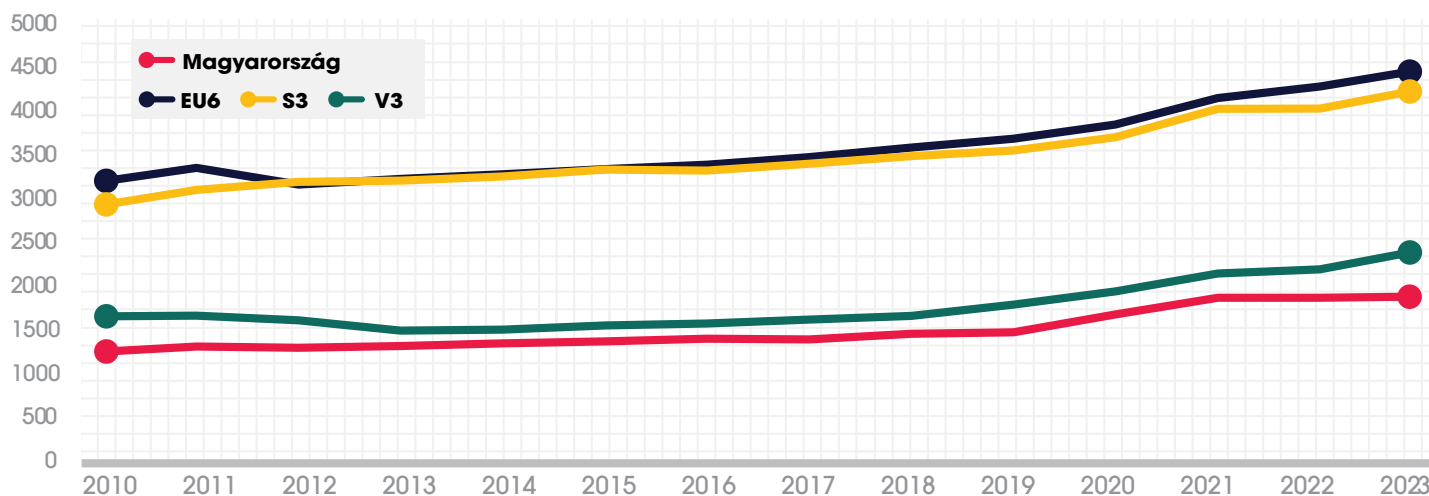
ellátórendszerre. Ha csak az állami finanszírozást nézzük, az EU tagállamai átlagosan a GDP 7,3 százalékát költik egészségügyre – a GDP-arányosan 4,7 százalékos magyar költség nemcsak ettől marad el, de még a visegrádi országok átlagának is alig több mint a fele (6. ábra).



6. ábra: Közegészségügyi kiadások a GDP arányában (százalék, 2014–2024). Forrás: Eurostat

A vásárlóerő-paritáson számolt egy főre jutó állami kiadásokat tekintve sem sokkal jobb a helyzet: ezzel a mutatóval számolva csak Románia költ kevesebbet nálunk erre a célra (7. ábra). **A forráshiány az ellátórendszer működésének szinte valamennyi elemét közvetlenül befolyásolja:** egyrészt akadályozza a szektorban dolgozók bérének tartós felzárkóztatását és a szakemberhiány megszüntetését, másrészt a túl kevés ráfordítás a kórházi

infrastruktúra amortizációjában, a korszerű egészségügyi technológiák lassú terjedésében és a diagnosztikai kapacitások tekintetében is megmutatkozik. A PET-scannerek számát tekintve például Magyarország a sereghajtók közé tartozik, a CT- és MRI-berendezések százezer lakosra vetített számában pedig az utolsó helyen állunk az EU-ban.

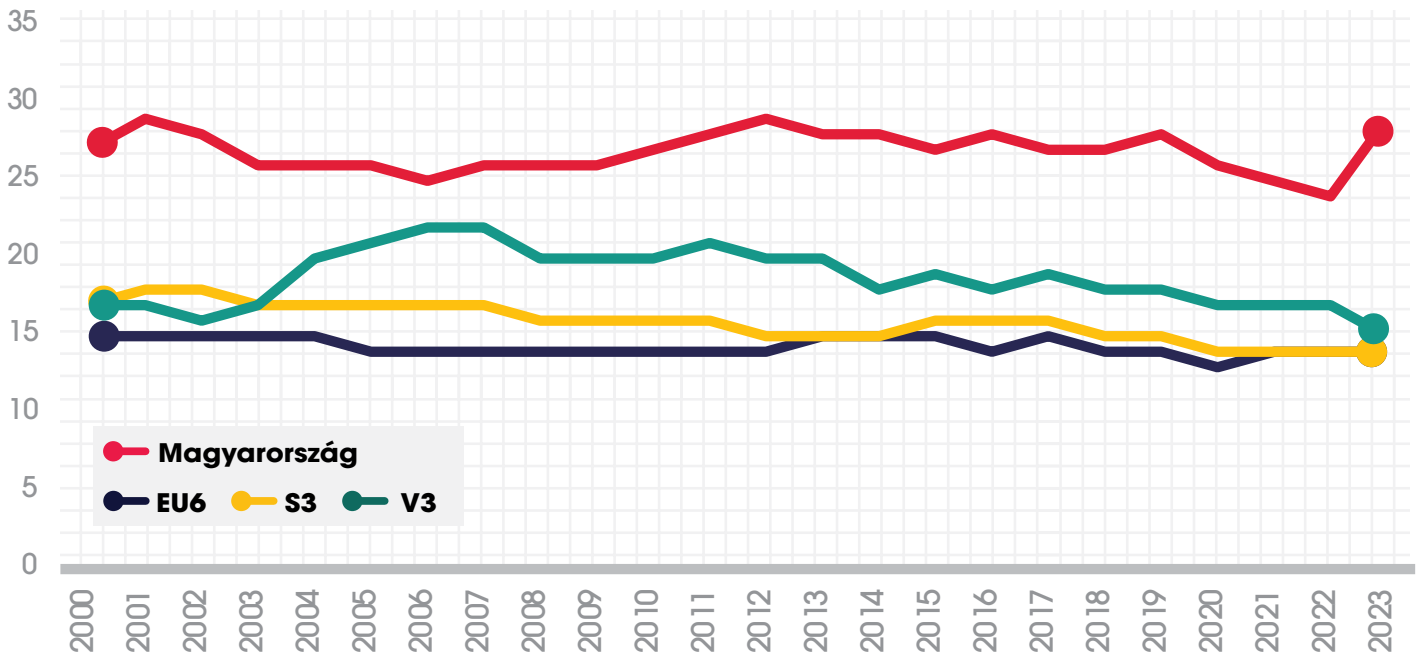


7. ábra: Egy főre jutó egészségügyi kiadások (vásárlóerő-paritáson, 2010–2023). Forrás: Eurostat

Az alulfinanszírozottság általánosságban azt eredményezi, hogy az intézmények jelentős része folyamatosan „túlélési üzemmódban” működik, **a hosszú távú fejlesztések helyett a napi működés fenntartása válik elsődleges szemponttá.**

A hiányzó közkiadásokat az emberek saját zsebből igyekeznek pótolni. Magyarországon az egészségügyi

költségeknek már közel a harmadát (a GDP több mint 2 százalékát) fizetik közvetlenül a betegek, ami több mint kétszerese a nyugat-európai átlagnak (8. ábra).³ Ez tovább növeli az egészségügyi egyenlőtlenségeket: az alacsonyabb jövedelműek nem tudják megfizetni vagy túl sokáig halasztják a szükséges vizsgálatokat és beavatkozásokat. Márpedig ezen a téren az idő szó szerint élet-halál kérdése tud lenni.



8. ábra: A polgárok saját zsebből fizetett hozzájárulásának aránya az összes egészségügyi kiadáshoz viszonyítva (százalék, 2000–2023). Forrás: WHO

A forráshiányt súlyosbítja, hogy számos ellátás után az intézmények ma nem annyi finanszírozást kapnak, amennyibe azok ténylegesen kerülnek. Az egyes beavatkozások, vizsgálatok és ellátási formák után járó térítések jelentős része **nem tükrözi pontosan a bérek, az energiateljesítmény, az orvostechnikai eszközök vagy a gyógyszerek költségeinek változását.** A fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának alapját képező homogén betegcsoportokra (HBCS) épülő rendszer hosszú időn keresztül fontos eszköze volt a teljesítményelvű finanszírozásnak, mára azonban számos elemében elszakadt a valós költségviszonyoktól. Emiatt előfordul, hogy egyes ellátások után az intézmények a tényleges ráfordításnál jóval kevesebb finanszírozásban

részesülnek, míg más területeken a finanszírozási ösztönzők nem a valós egészségügyi szükségleteket követik.

A finanszírozás mindemellett nem csupán elégtelen, de rosszul szervezett is. Az egészségügyi ellátás finanszírozásának főszereplője, a 2026-ig Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) néven működött intézmény mechanikus és passzív szerepfelfogásban tevékenykedett: **főként kifizetőként működött, vagyis a beadott teljesítményjelentések alapján finanszírozta a szolgáltatókat, de alig befolyásolta, hogy az adott ellátás mennyire hatékony, eredményes vagy minőségi.** A kifizetések így sokszor szó szerint megfeleltek a „Műtét

³ Fontos hozzátenni, hogy ezeknek a kiadásoknak mintegy a felét (az EU-átlag kétszeresét) a gyógyszerkiadások teszik ki. Ugyanakkor másik oldalról Magyarországon a zsebből fizetett kiadásoknak nem képezi részét a tartós ápolás finanszírozása, amely az EU-ban a közvetlen lakossági kiadások negyedét teszi ki.



sikerült, de a beteg meghalt” szállóigének: **a térítés a beavatkozások elvégzésének ténye, nem pedig azok eredménye alapján történt.** Így az intézmények és orvosok a beavatkozások számának növelésében, nem pedig azok eredményességében voltak érdekelték.

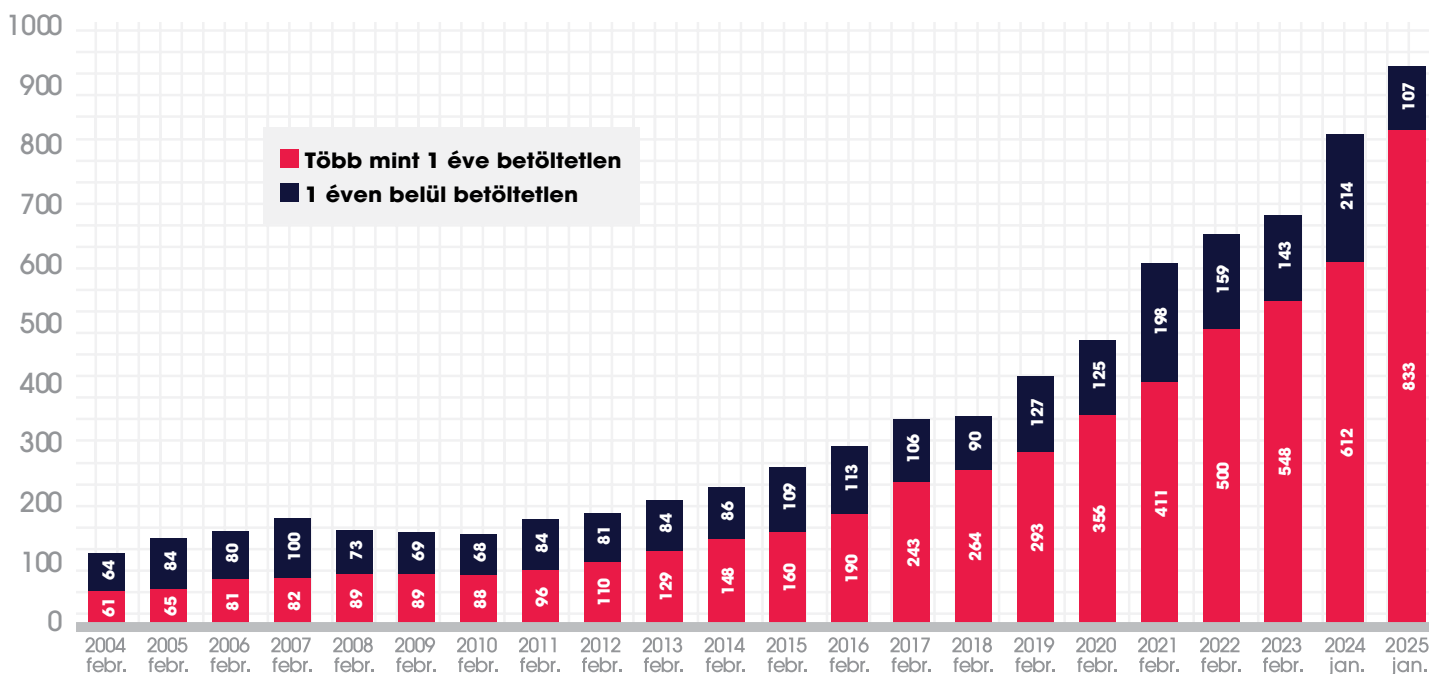
A korszerű egészségügyi rendszerekben ezzel szemben az egészségbiztosító inkább **aktív szolgáltatásvásárlóként** működik. Nem pusztán finanszírozza az ellátásokat, hanem **meghatározza az elvárt minőségi követelményeket, méri az eredményeket, és célzott**

ösztönzőkkel támogatja a jobb teljesítményt nyújtó szolgáltatókat. Magyarországon ez a funkció mindeddig elhanyagolható mértékben érvényesült, a rendszer kevésbé ösztönözte például a megelőzhető szövődmények csökkentését, a kórházi újrafelvételek mérséklését, a betegutak hatékony szervezését vagy a betegek hosszú távú egészségi állapotának javítását. A NEAK felszámolásával és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) létrehozásával párhuzamosan meghirdetett célok a helyzet megváltoztatásának irányába mutatnak, de számos részlet még mindig tisztázatlan.

2.3. SZAKEMBERHIÁNY

A szakdolgozók krónikus hiánya sem az alapellátás, sem a járó- és fekvőbeteg-ellátás területén nem fenntartható. Ami az elsőt illeti: **az elmúlt évtizedben Magyarországon folyamatosan növekedett a betöltetlen háziiorvosi praxisok száma.** Az összesen 6434 körzetből 2016-ban még 252 volt tartósan, vagyis legalább fél éve betöltetlen. Ez a szám aztán 2025 közepére elérte az ezret – igaz, ezt követően, szeptemberre újra 900-ra esett vissza,

ez azonban még mindig az összes praxis közel hetedét jelentette (9. ábra). **Feltűnő a probléma területi egyenlőtlensége:** a leginkább érintett megyében, így Nógrád, Tolna vagy Jász-Nagykun-Szolnok megyékben például a praxisok negyede-harmada, míg Budapesten vagy Csongrád-Csanád megyében „csupán” 5-6 százaléka gazdátlan.



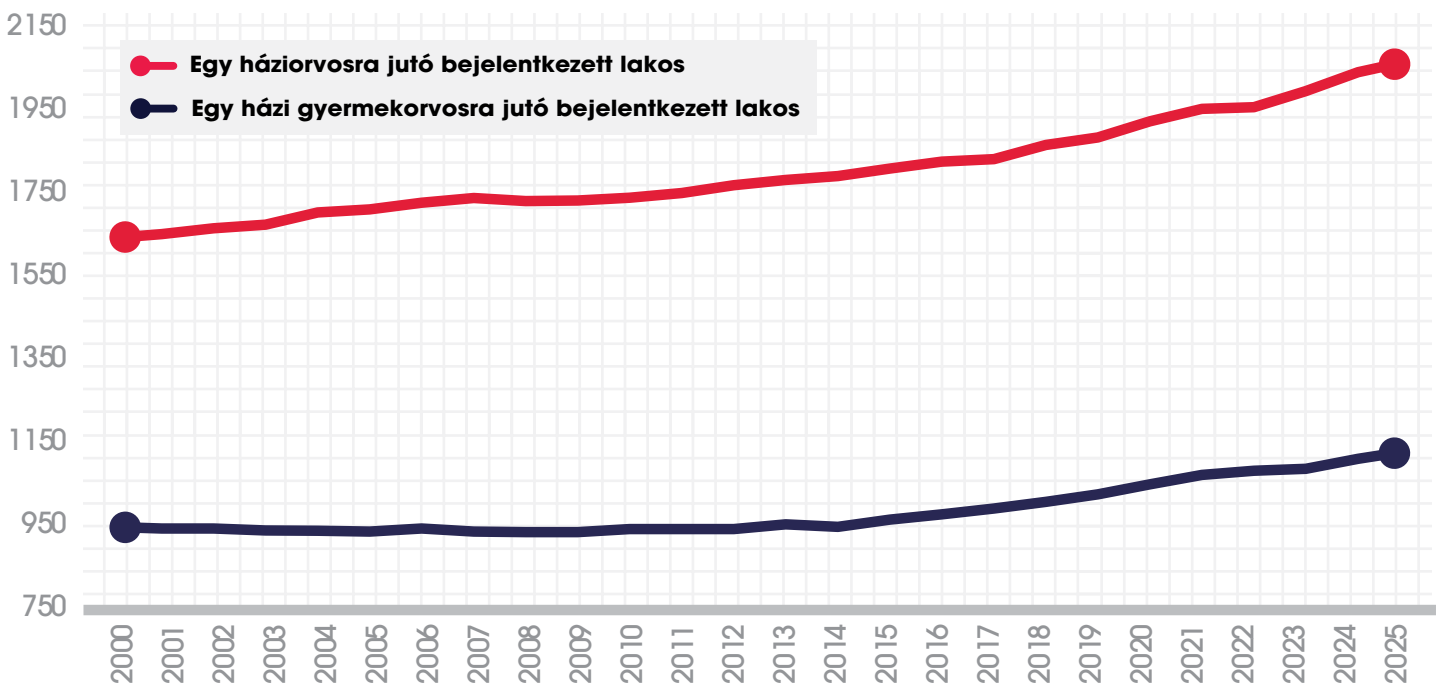
9. ábra: Betöltetlen háziiorvosi praxisok száma (praxis, 2004–2025). Forrás: NEAK

Egy praxis tartós üresedése persze nem azt jelenti, hogy az érintett települések vagy körzetek teljesen ellátatlanok lennének. Az alapellátás folyamatos biztosítása érdekében ilyenkor **helyettesítéssel oldják meg a betegellátást**: a körzet lakosairól egy közeli praxis kijelölt orvosa, esetleg felváltva több háziorvos gondoskodik. Ez a kényszermegoldás azonban a gyakorlatban több problémát is felvet. A helyettesítést végző orvos egyszerre két vagy akár jóval több körzet feladatait látja el, ami óhatatlanul megnöveli a betegszámot, hosszabb várakozási időhöz vezet, és rontja a beteg–orvos kapcsolat minőségét. Ráadásul a folyamatos helyettesítés kevéssé teszi lehetővé a krónikus betegek gondozásához szükséges tartós bizalmi viszony kiépítését, nem beszélve a prevenció, egészségfejlesztő feladatok ellátásáról.

A rendszerszintű helyettesítés tehát garantálja az alapellátás formális fenntartását, de tartósan a minőség és a hozzáférhetőség súlyos romlásához vezet – és 2025-ben már mintegy 900 ezer fő csak ilyen ellátásban részesült. Ez különösen a hátrányos helyzetű, kistérségi térségekben súlyosbítja az egyébként is meglévő egészségügyenlétlenségeket.

Az állandó hiány mögött meghúzódó fő probléma a **szakemberek elöregedése**. A háziorvosok medián életkora 61, a házi gyermekorvosoké pedig 63 év. Az állományban rendkívül kevés fiatal dolgozik: **az alig több mint száz 35 év alatti háziorvoshoz képest a 70 év felettiek száma közel ezer fő**. Az utánpótlás szűkössége mögött elsősorban az áll, hogy **a szakorvosi pályákhoz képest alacsony presztízs és gyengébb jövedelmi kilátások miatt a háziorvosi hivatás kevésbé vonzó a pályakezdőknek**. Mindez instabillá teszi az ellátást: az idősök magas aránya folyamatosan azzal fenyeget, hogy egy időben túl sokan mennek nyugdíjba vagy hunynak el, és a rendszer egy ponton fenntarthatatlanná válik.

A demográfiai nyomás hosszú távú hatását az elmúlt évtizedek trendjei is előrejelzik. Míg 2000-ben 5159 háziorvos és 1570 házi gyermekorvos dolgozott az alapellátásban, ez a szám 2025-re 4166-ra, illetve 1205-re csökkent. Bár Magyarország lélekszáma ez idő alatt több mint félmillióval lett kevesebb, a praxisok átlagos leterheltsége így is nagyobb lett. **Az egy háziorvosra jutó bejelentkezett lakosok száma a 2000-es 1647 főről 2025-re növekedett (10. ábra).**



10. ábra: Egy háziorvosra és házi gyermekorvosra jutó bejelentkezett lakosok száma (fő, 2000–2025). Forrás: KSH

A betöltetlen praxisok területi megoszlása nagyon egyenlőtlen, és a legnagyobb problémák a kisebb, hátrányos helyzetű településeken koncentrálódnak. Ezekben a községekben általában kevés a bejelentkezett

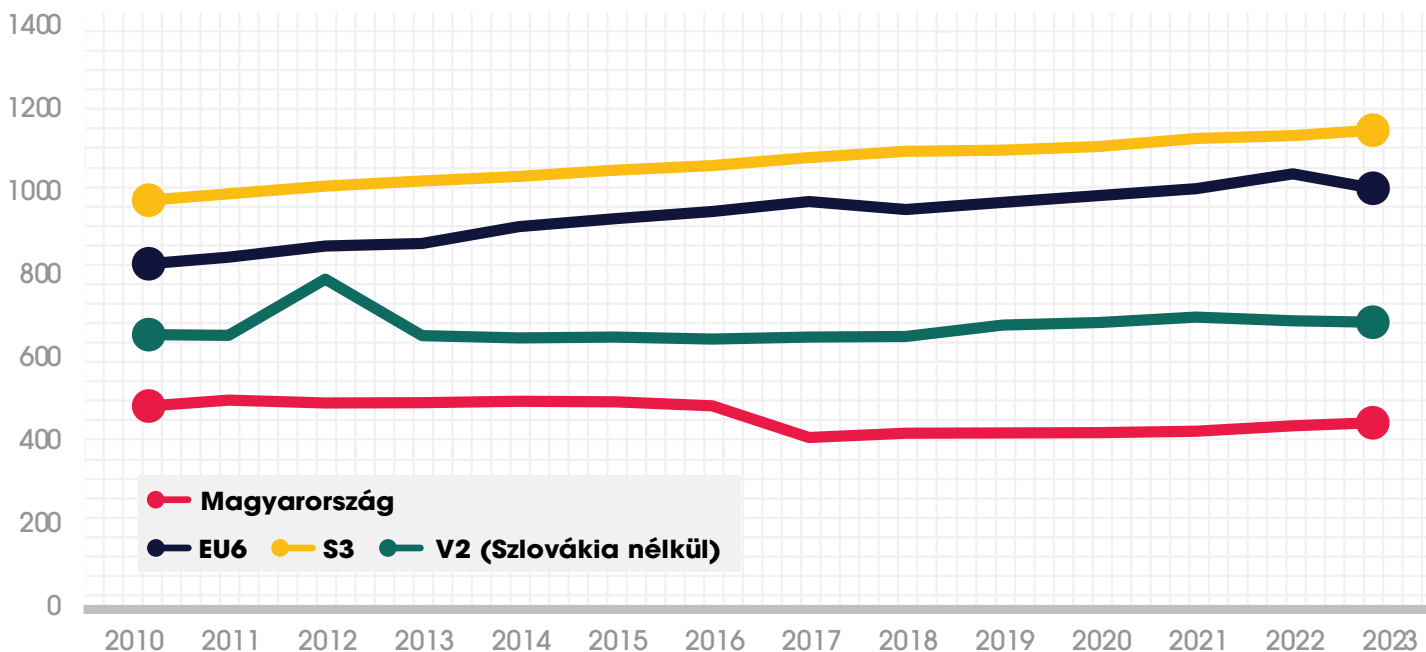
beteg, ami önmagában is csökkenti a praxis finanszírozását, hiszen a hazai rendszerben a háziorvos bevétele döntően a bejelentkezett páciensek számától függ. A kevés páciens után járó állami források nem



fedezik a működés költségeit, így ezek a praxisok gyakran veszteségesek vagy csak minimális jövedelmet biztosítanak. Emellett sok településen elavult a rendelő, hiányzik a korszerű diagnosztikai eszközpark, és nem mindig áll rendelkezésre megfelelő asszisztencia.

A háziorvosi praxisok túlnyomórészt fejkvóta alapon működnek: vagyis a rendelő az adott körzethez bejelentkezett páciensek száma után fix összegű támogatást kap az államtól. Ez a rendszer látszólag igazságos, hiszen a támogatás követi a beteglétszámot, a valóságban azonban sokszor nem fedezi a mindennapi működés elengedhetetlen kiadásait. A rendelők fenntartása, a rezszi folyamatosan növekvő költségei, az asszisztensek bérének kigazdálkodása mind olyan tényező, amely sok praxis gazdálkodását a nullszaldóhoz vagy egyenesen veszteséges működéshez közelíti. Ennél is fontosabb probléma, hogy a teljesítménybérezési elemek **jelenlegi alacsony aránya miatt a finanszírozás kevésbé ösztönöz minőségi ellátásra:** akármilyen ellátást nyújt a háziorvos, a fejkvótát biztosan megkapja.

Bár az egészségügyben 2021–2022-ben jelentős béremelés történt, ennek hatása alig érződött az



11. ábra: Százezer főre jutó ápolók száma (fő, 2010–2023). Forrás: Eurostat

Az elmúlt években sok kórházi osztály bezárása elsősorban nem is az orvoshiány, hanem a szakdolgozók hiánya miatt következett be. A probléma gyökere egyértelműen az alulfizettség és a túlterheltség. A

alapellátásban. Mivel a praxisokat nem közvetlenül az állam tartja fenn, hanem önálló vállalkozásként működnek, a béremelésekből nem származott többletbevételük. Épp ezért az emelés inkább bérfeszültséghez vezetett, amennyiben vonzóbbá tette a kórházi, illetve szakrendelői szférát. Így a fiatal orvosok és szakdolgozók közül még többen választották az alkalmazotti pályát a praxisvállalkozás helyett, ami csak tovább gyengítette az alapellátás utánpótlását.

Az EU-n belül mind a szülésznők, mind az ápolók lakosságarányos száma Magyarországon a második legalacsonyabb (11. ábra). Az OECD adatai alapján ma egy orvosra 1,6 ápoló jut, szemben az OECD 2,5-ös átlagával. Ehhez képest a fejlett egészségügyi rendszerekben épp az ápolók arányának növekedése figyelhető meg az orvosokhoz képest. Ennek oka az, hogy **egyre több, korábban orvosok által végzett feladatot vesznek át képzett szakápolók:** a krónikus betegek folyamatos gondozásától kezdve a diagnosztikai vizsgálatok előkészítésén és a gyógyszerelés ellenőrzésén át olyan egyszerűbb beavatkozásokig, amelyekhez nincs feltétlenül szükség orvosi jelenlétre.

pályakezdő ápolók és szülésznők jellemzően a bruttó minimálbért keresik meg, ami 2025-ben 290 800 forintot jelentett; de szakképesítéssel vagy diplomával is csak a garantált bérminimumot, vagyis 348 820 forintot kaptak.

Ez az összeg távolról sincs arányban az ellátott munka fontosságával és az azzal járó felelősséggel, nem beszélve a hatalmas és egyre növekvő leterheltségről. **A szakma anyagi megbecsültsége sem a magánegészségüggyel, sem a külföldi fizetésekkel nem tudja felvenni a**

versenyt. Az ápolók magánszektorban szakképesítéssel akár a kétszeresét is megkereshetik a közzférában elérhető bérnek, egyes nyugat-európai országokban pedig akár négy-ötszörös fizetést is el lehet érni.

I 2.4. A KÖZFINANSZÍROZOTT ÉS A MAGÁN-EGÉSZSÉGÜGY RENDEZETLEN VISZONYA

A magyar ellátórendszer régi, a működés minden területét érintő problémája a közfinanszírozott, illetve a magánegészségügy tisztázatlan viszonya. Ugyanaz a beteg ma sokszor ismétlődően a két finanszírozási rendszer között mozog az ellátása során. A kivizsgálás egy része magánrendelésen történik, a nagy értékű diagnosztikai vizsgálatok vagy műtétek viszont a közfinanszírozott rendszerben, míg végül az utógondozás megint részben a magánszektorba kerülhet. **A két rendszer közötti átmenet sokszor szervezetlen, az információáramlás hiányos, a felelősségi viszonyok pedig tisztázatlanok.** Emiatt a betegutak gyakran megszakadnak, vizsgálatok ismétlődnek meg feleslegesen, a betegeknek olykor maguknak kell koordinálniuk az ellátásukat. Összességében fontos hangsúlyozni, hogy **a probléma nem önmagában a magánellátás jelenléte, hanem az, hogy a köz- és magánfinanszírozott szolgáltatások között nincsenek világos, szabályozott kapcsolódási pontok,** amelyek biztosítanák az ellátás folyamatosságát és a betegadatok zavartalan áramlását.

Legalább ekkora probléma a **párhuzamosan működő, de összehangolatlan kapacitások rendszere.** Az állam ma elsősorban a közfinanszírozott ellátórendszer

kapacitásait tervezi és finanszírozza, miközben a magánszektor jelentős diagnosztikai, járóbeteg- és bizonyos szakterületeken műtéti kapacitásokat épített ki. A két terület fejlesztése jellemzően egymástól függetlenül történik, ezért országos szinten nem nyerhető egységes kép arról, hogy valójában milyen ellátási kapacitások állnak rendelkezésre. Ennek következtében **egyes területeken párhuzamosságok, míg máshol kapacitáshiányok jönnek létre,** miközben a finanszírozó és az egészségpolitikai döntéshozók csak korlátozottan képesek a teljes rendszer teljesítményének és hatékonyságának értékelésére.

Az állam a magánegészségügynek a szakemberekre gyakorolt szivóhatását sem képes ellensúlyozni. Ha például egy városban nyolc gasztroenterológus dolgozik az állami rendszerben, akik közül az egyik kilép és magánpraxist nyit, azzal nemcsak az adott régió ellátását gyengíti, hanem az ellátási kötelezettséget és az ellátás biztonságát is közvetlenül veszélyezteti. Ráadásul a magánegészségügy ma épp azokat a tapasztalt, középkorú orvosokat vonja el az állami szférából, akikre a legnagyobb szükség lenne.

I 2.5. TRANSPARENCIAHIÁNY

Egyszerre fogja vissza a rendszer hatékonyságát és rombolja a belé vetett bizalmat **az ellátások minőségét és eredményességét megragadó nyilvános adatok szűkössége.** Miközben viszonylag pontos adatok állnak rendelkezésre arról, hogy egy-egy intézmény hány beteget

lát el, hány műtétet végez el vagy mennyi finanszírozásban részesül, **jóval kevesebbet tudhatunk arról, hogy ezek az ellátások milyen eredménnyel zárulnak.** Az egészségügyi rendszer működését ma elsősorban a bemeneti mutatók (ágyak, orvosok, eszközök vagy az elvégzett beavatkozások



száma) alapján követjük nyomon, miközben a betegek szempontjából valójában a kimenetek számítanak: az, hogy meggyógyultak-e, javult-e az állapotuk, kialakultak-e szövődmények, illetve mennyi idő alatt jutottak megfelelő ellátáshoz.

Az ellátások eredményességéről szóló adatok sok esetben egyáltalán nem állnak rendelkezésre összehasonlítható formában. **A betegek, a döntéshozók, de gyakran még maguk az intézmények sem láthatják pontosan, hogy adott kórház vagy osztály teljesítménye hogyan viszonyul a más szolgáltatókéhoz.** A műtéti szövődmények aránya, a kórházi újrafelvételek gyakorisága, a fertőzések előfordulása, az egyes betegségek kezelési eredményei vagy akár a betegelégedettségi adatok az utóbbi időszak kétségtelenül nagy jelentőségű előrelépése ellenére nem alkotnak olyan átfogó, mindenekelőtt pedig nyilvános és rendszeresen közzétett indikátorrendszert, amely érdemi visszajelzést adhatna a rendszer szereplőinek.

A visszacsatolás hiánya nemcsak az átláthatóságot csökkenti, hanem a szolgáltatások javításának, fejlesztésének lehetőségét is korlátozza. A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a rendszeres minőségmérés és az eredmények nyilvánossága már önmagában is nagyban hozzájárulhat az ellátások színvonalának javulásához. Ha azonban a rendszer nem tudja megkülönböztetni a jól és a rosszul teljesítő szolgáltatókat, akkor a finanszírozás, az irányítás és a fejlesztéspolitika sem képes kellően célzottan ösztönözni a minőségjavítást.

Magát a gyógyítást nehezíti, hogy **a betegek gyakorlatilag elvesznek a rendszerben.** A páciens sorsának nincs gazdája, **nem létezik betegútmenedzsment, amely végigkísérné őket az ellátás különböző szintjein.** A magán- és az állami ellátás között sincs átjárás: a magánegészségügyben keletkezett adatok nem mindig kerülnek be a közfinanszírozott rendszerbe, így a

kezelések gyakran széttöredezettek, hiszen az orvosok nem látnak rá egymás munkájára. A gyenge intézményi transzparencia és az ebből fakadó bizalomhiány közvetlen egészségügyi következményekkel is jár, amennyiben növeli a betegbizonytalanságot, rontja a betegek együttműködési hajlandóságát, így végső soron a rossz egészségi mutatókhoz is hozzájárul.

Az összekapcsolt, interoperábilis adatbázisok hiánya miatt az adatok nem csupán kifelé, de a rendszer belső működésében is széttöredezettek. A magyar egészségügyben ma rendkívül nagy mennyiségű adat keletkezik, ezek jelentős része azonban strukturálatlan formában áll rendelkezésre, ezért **nehezen használható fel a kapacitások tervezésére, az ellátási folyamatok elemzésére vagy a minőség mérésére.** Miközben az egészségügyi dolgozók adminisztratív terhei folyamatosan növekedtek, **az informatikai rendszerek fejlesztése sok esetben nem a munkafolyamatok egyszerűsítését vagy a gyógyítás hatékonyságának javítását, hanem azok digitális leképezését eredményezte.** Ennek következtében az orvosok és szakdolgozók jelentős időt fordítanak adatbevitelre, dokumentációra és párhuzamos adminisztratív feladatokra.

Az EESZT létrehozása önmagában az elmúlt időszak egyik legfontosabb egészségügyi digitalizációs fejlesztése volt, ám még mindig távol áll attól, hogy valóban korszerű, az ellátás hatékonyságát érdemben növelő eszközzé válhasson. A rendszer ma leginkább adattárhelyként funkcionál: elsősorban az egészségügyi dokumentumok és tranzakciók nyilvántartására szolgál. Az elektronikus receptek, beutalók és egészségügyi dokumentumok országos elérhetősége jelentősen javította az információáramlást, de a rendszer nemigen támogatja az egészségügyi döntéshozatalt, a betegutak szervezését és az ellátórendszer működésének valós idejű menedzsmentjét. Összességében elmondható, hogy **a rendszer kifejezetten adatgazdag, de információszegény módon működik.**

3. AZ EGYENSÚLY INTÉZET SZAKPOLITIKAI JAVASLATAI A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER ÁTALAKÍTÁSÁRÓL

A magyar egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát tehát egyszerre gyengíti az átgondolatlan szervezés és a betegutak átláthatatlansága, a forráshiány és a ráfordítások rossz, nem teljesítményhez kötött felhasználása, a szakemberhiány, a köz- és a magánszektor közötti szabályozatlan párhuzamosság, valamint az átláthatóság hiánya. Egy ilyen komplex rendszerben emellett még számtalan további probléma lenne említendő, ezek azonban a rendszer egészének működését alapvetően határozzák meg. Bármilyen átalakítás kizárólag akkor érhet el érezhető és az egészségmutatókban megmutatkozó hatást, ha elsősorban ezekre a beavatkozási területekre fókuszál. Olyan egészségügyre van szükség, amely **egyszerre javítja a**

magyarok egészségmutatóit, erősíti az ellátórendszer iránti bizalmat, és felelősen, fenntartható módon gazdálkodik a rendelkezésre álló erőforrásokkal. Döntően közfinanszírozott, hatékony, kiszámítható és betegközpontú egészségügyet kell kialakítani, amely a társadalmi szintű egészségnyereség maximalizálására törekszik: az elkerülhető halálozások csökkentésére, a várható élettartam és az egészségben eltöltött életek számának növelésére, valamint az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés területi és társadalmi egyenlőtlenségeinek mérséklésére, arra, hogy az ellátáshoz való hozzáférés ne függessen a jövedelemtől, a lakóhelytől vagy a magánbiztosítás meglététől.

I 3.1. FENNTARTHATÓ ÉS TELJESÍTMÉNYORIENTÁLT FINANSZÍROZÁS

▶ NÖVELJÜK A VISEGRÁDI HÁRMAK ÁTLAGÁRA A GDP-ARÁNYOS EGÉSZSÉGÜGYI KÖZKIADÁSOKAT!

Az egészségügyre fordított GDP-arányos közkiadásokat a jelenlegi 4,7 százalékról 2030-ig fokozatosan emeljük a többi visegrádi ország mindenkorinál magasabbra (ez ma 7 százalék)! Ezen a területen nem spórolhat meg a ráfordítások jelentős és tartós növelése. A többletforrásokat célszerűen használnjuk fel: elsősorban a népegészségügyi rendszer és az alapellátás megerősítésére, illetve átalakítására, a szakdolgozói bérek rendezésére és általánosságban a rendszer hatékonyságának növelésére!

▶ AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÓ VÁLJÉK VALÓDI SZOLGÁLTATÁSVÁSÁRLÓVÁ!

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőt felváltó Országos Egészségbiztosítási Pénztár ne mechanikus kifizetőként, hanem valódi szolgáltatásvásárlóként működjön, amely a forrásokat a minőséghez és az eredményekhez köti! A 2026 közepén meghirdetett célok ebbe az irányba mutatnak, de fontos, hogy az átalakítás következetes és átfogó legyen. A finanszírozásban a beavatkozások száma mellett egyre növekvő súlyt kell kapnia az ellátások minőségének és eredményességének. Ennek részeként alakítsunk ki egységes indikátorrendszert, amely mérhető,



összehasonlítható és nyilvánosan hozzáférhető mutatókon alapul! Az indikátorok közé tartozhat többek között a kórházi fertőzések visszaszorítása (például a fertőtlenítőszer-használat és a higiénés protokollok betartása), a daganatszűrések száma, a szakrendelési várakozási idő, illetve a műtéti várólisták csökkenése, a műtéti szövődmények, illetve gyógyszerelési hibák aránya vagy a kezelhető halálozások mérséklése. Az indikátorok teljesítésétől függő finanszírozási pótlék hatékonyabb működésre, az átláthatóság növelésére és a minőség folyamatos javítására ösztönözné az intézményeket és az orvosokat. Az egészségbiztosító rendszeres időközönként tegyen közzé nyilvános teljesítmény- és minőségi mutatókat, hogy az intézmények láthassák, hol tartanak a versenytársaikhoz képest, és a betegek is tájékozódhassanak!

▶ CSÖKKENTSÜK A VISEGRÁDI ÁTLAG SZINTJÉRE A KÖZVETLEN LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ARÁNYÁT!

A közvetlenül zsebből fizetett egészségügyi ráfordítások arányát 2030-ig csökkentsük a három másik visegrádi ország átlagára (ez ma 16 százalék, szemben a közel 30 százalékos magyar aránnyal)! A nemzetközi összevetésben is kiugróan magas közvetlen lakossági egészségügyi kiadások nemcsak a háztartások pénzügyi terheit növelik, hanem az egészségügyi egyenlőtlenségeket is erősítik, hiszen az ellátáshoz való hozzáférés egyre inkább függ az egyéni anyagi lehetőségektől. Az egészségpolitika célja ezért az legyen, hogy a szükséges ellátások minél nagyobb

része kiszámítható és egyenlően hozzáférhető módon a közfinanszírozott rendszerben legyen elérhető!

▶ AZ ÁLLAM ÖSZTÖNÖZZE AZ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI MEGTAKARÍTÁSOKAT ÉS A KIEGÉSZÍTŐ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSOKAT!

A közvetlen lakossági egészségügyi kiadások csökkentésének elsődleges eszköze a közfinanszírozott ellátás hozzáférhetőségének, minőségének és szerveztségének javítása. Emellett ugyanakkor szükség van olyan öngondoskodási formák támogatására is, amelyek kiszámíthatóbbá teszik a háztartások egészségügyi kiadásait. Az állam adókedvezményekkel, valamint a munkáltatói befizetések kedvező adózásával ösztönözzé az egészségpénztári megtakarítások és a kiegészítő egészségbiztosítások terjedését! Az egészségpénztárak, a munkáltatói egészségügyi juttatások és a kiegészítő egészségbiztosítások lehetővé teszik, hogy az emberek előre tervezhető módon készülhessenek fel bizonyos egészségügyi kiadásokra, ahelyett, hogy váratlan élethelyzetekben jelentős egyszeri költségekkel kelljen szembesülniük. A kiegészítő biztosítások és egészségpénztári konstrukciók ugyanakkor nem helyettesíthetik a közfinanszírozott ellátást, hanem annak kiegészítő elemeiként kell működniük. Elsősorban olyan szolgáltatások finanszírozásában kaphatnak szerepet, amelyek a hozzáférés gyorsítását, a kényelmi szolgáltatások bővítését vagy bizonyos többlétszolgáltatások igénybevételét teszik lehetővé.

I 3.2. AZ ELLÁTÓRENDSZER ÚJJÁSZERVEZÉSE

▶ BETEGÚT ALAPÚ FINANSZÍROZÁST!

A finanszírozásnak jobban kell tükröznie az ellátások valós költségeit és eredményességét. Ennek érdekében az egészségbiztosító bizonyos ellátások esetében fokozatosan térjen át a betegút alapú finanszírozásra! Vagyis ne külön-külön az egyes vizsgálatokat és beavatkozásokat, hanem a beteg teljes ellátási folyamatát finanszírozza! Ezáltal egyszerre ösztönözhetjük hatékonyan az ellátók együttműködését, javíthatjuk a betegutak szerveztségét és csökkenthetjük a párhuzamos vagy felesleges ellátások számát.

▶ BETEGÚT-KOORDINÁTOROK GONDOSKODJANAK A BETEGUTAK HATÉKONY SZERVEZÉSÉRŐL!

Az ellátórendszerben közfinanszírozott, de szektorsemleges betegútmenedzsment-rendszert kell létrehozni, amely az alapellátástól a szakellátásig biztosítja a páciensek folyamatos követését. Ezt segítően a képzett betegút-koordinátorok alkalmazása, akik időpontot egyeztetnek, nyomon követik a vizsgálatokat

és a leleteket, valamint támogatják a beteget és családját az ellátási folyamatban. Ennek érdekében a lakosságszám függvényében járásonként 2-10 területi betegút-koordinátort kell alkalmazni. Az ő munkájukat minden megyében egy-egy főkoordinátor fogná össze, aki egységesítené a módszertant, képzést és szakmai támogatást biztosítana, a döntéshozóknak pedig adatokat szolgáltatna, és szükség esetén javaslatokkal élne. Az Egyesült Államoktól Kanadáig át az Egyesült Királyságig számos jó példa igazolja, hogy a betegút-koordinátorok alkalmazása javítja a rendszer átjárhatóságát, csökkenti a beteg elvesztésének esélyét az ellátási láncban, és növeli a betegek elégedettségét.

JÁRÁSI SZINTEN SZERVEZZÜK AZ ALAPELLÁTÁST!

Az ellátási kötelezettség ne közvetlenül a településekhez, hanem tágabb, például járási szinthez kötődjön! Az ellátás jelenlegi szerkezete túl mereven kötődik a folyton változó településszerkezethez. Miközben egyes térségekben a lakosság száma gyorsan növekszik, máshol az elöregedés és az elvándorlás a meghatározó, a praxisok rendszere csak nagyon lassan képes alkalmazkodni a változásokhoz. A települési szinthez kötött ellátásszervezés ráadásul a betöltetlen körzetek kezelését, a helyettesítések megszervezését és a szakemberek hatékony elosztását is megnehezíti. A járási szintű szervezés növelné az alapellátás működésének hatékonyságát: lehetővé tenné a rugalmasabb kapacitástervezést, az emberi erőforrások jobb kihasználását és a helyi különbségek hatékonyabb kezelését.

A HÁZIORVOSI KÖRZETEK HATÁRAIT IGAZÍTUK A VALÓS SZÜKSÉGLETEKHEZ!

Meghatározott időközönként vizsgáljuk felül a praxishatárokat! A körzetek lélekszáma, korösszetétele és egészségi állapota is folyamatosan változik – az ellátatlan körzetek sajátosságaival számoló, időről időre megújított körzethatárok segíthetnek abban, hogy a háziorvosi ellátás jobban igazodjon a valós szükségletekhez, és kiegyensúlyozottabban ossza el az erőforrásokat a települések között.

TÖBB SZAKMÁT ÖSSZEFOGÓ, PREVENCIÓS FÓKUSZÚ CSOPORTPRAXISOKAT!

Alakítsunk ki és működtessünk multidiszciplináris, prevenciós fókuszú csoportpraxisokat! Ez a hatékonyabb megelőzés mellett a háziorvosi körzetekre nehezedő nyomást is nagyban enyhítené. Az utóbbi években az állam egyébként is egyre inkább praxisközösségek alakítására ösztönözte a háziorvosokat, ennek az inkább adminisztratív modellnek a logikája azonban némileg eltér az eredeti koncepciótól. A legalább öt háziorvosi és házi gyermekorvosi praxis szervezett együttműködésére épülő erőforrás- és feladatmegosztás mindeddig leginkább „tűzoltásra”, vagyis a háziorvoshiány elfedésére korlátozódott. Ezzel szemben a valódi, integrált csoportpraxisok koncepciójának lényege a kiterjesztett prevenciós és egészségmegőrző szolgáltatásokban rejlik. Ez azt jelenti, hogy a ma működő, általában egyetlen háziorvosra és egy asszisztensre épülő modellt a társszakmák közös, összehangolt, a kompetenciák kiterjesztésére és a prevenció erősítésére alapuló rendszer váltja fel. Nem arra van tehát szükség, hogy azonos képzettségű háziorvosok igyekezzenek ellátni a betöltetlen körzetek betegeit is. Ehelyett a háziorvosok mellett például dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok, nő- és gyermekgyógyászok, addiktológusok vagy éppen szociális munkások bevonásával a járóbeteg-ellátás mellett új, emelt szintű egészségmegőrzési, prevenciós szolgáltatásokat kell biztosítani a pácienseknek. Így a sokféle kompetenciának köszönhetően olyan szolgáltatásokat tudnak nyújtani, amelyekre a jelenlegi rendszer nem lehet képes. Legalább ennyire fontos, hogy egy jól kialakított csoportpraxisrendszer tehermentesíti a szűkösen rendelkezésre álló háziorvosokat. A háziorvosoknak ma rengeteg energiát kell fordítaniuk olyan problémákra, amelyek megoldása nem igényel orvosi képzettséget: étkezési tanácsadásra, szociális ügyintézésre vagy éppen krónikus betegek életmódkövetésére. Ha ezeket a feladatokat dietetikus, pszichológus, szociális munkás, gyógytornász veszi át a csoportpraxison belül, a háziorvosnak több ideje marad arra, hogy a valóban orvosi kompetenciát igénylő esetekre összpontosíthasson. Az adminisztratív és ellátási feladatokat világosan meg kell osztani az ápolók, az APN-nővérek (diplomás körzeti ápolók) és a háziorvos között.



▶ ÖTÉVENTE ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGIÁLLAPOT-FELMÉRÉST A 35 ÉS 64 ÉV KÖZÖTTI MAGYAROKNAK!

A prevenciós fókuszú csoportpraxisok létrehozását követően, az alapellátásban ötévente történjen meg a 35–64 éves korosztály általános jellegű szűrése! Ennek során egészségi állapotfelmérés keretében lehetőség nyílna a főbb egészségügyi kockázatok, illetve kialakuló betegségek időben történő felismerésére. Ennek alapján a kiszűrt személyek esetében egyéni vagy koordinált egészségterv készülne, amelyben az adott egészségügyi állapotot érintő társszakmák (dietetikusok, gyógytornászok, ápolók, védőnők, pszichológusok) közösen folytatnák a prevenciós tevékenységet, illetve már meglévő megbetegedés esetén a protokollokon alapuló gondozási tevékenységet.

▶ AZ ALAPELLÁTÁS-FINANSZÍROZÁSBAN KAPJANAK NAGYOBB SÚLYT A TELJESÍTMÉNY- ÉS EREDMÉNYMUTATÓKI

Az alapellátás finanszírozásában fektessünk nagyobb súlyt a teljesítményt ösztönző, illetve az eredményeket és a minőséget díjazó elemekre! A szolgáltatásalapú finanszírozás esetében például a praxis akkor jusson pluszforráshoz, ha bizonyos ellátásokat ténylegesen elvégez – például rendszeres szűréseket szervez, követi a krónikus betegek gondozási tervét, esetleg életmódtanácsokkal látja el a beteget! Az ösztönző juttatásokat emellett kimeneti feltételekhez kell kötni, vagyis a betegek egészségi állapotának tényleges javulásához: például ha sikerül stabilan beállítani a cukorbetegek vércukorszintjét, ha a magas vérnyomással küzdők vérnyomása normalizálódik, vagy ha a körzetben minél többen megkapják az ajánlott védőoltásokat. Különösen fontos, hogy ezeket a technikákat a csoportpraxisok keretében a társszakmák képviselői által nyújtott többlétszolgáltatások esetében is alkalmazzák. Az ilyen típusú ösztönzők nagyobb aránya hozzájárulhat ahhoz, hogy a praxis ne pusztán a betegellátás adminisztratív biztosítására törekedjen, hanem mérhető egészségnyereséget érjen el.

▶ HASZNÁLJUK KI A GYÓGYSZERÉSZEK TUDÁSÁT – TERÁPIAMENEDZSEREKET A PRAXISKÖZÖSSÉGEKBE!

A magyar alapellátás megújítása érdekében vonjuk be közvetlenül a gyógyszerészi szaktudást a betegek mindennapi gyógyításába! A háziorvosi praxisközösségeken belül hozzuk létre a terápiamenedzseri (lényegében klinikai gyógyszerészi) munkakört, pontosan rögzített feladatokkal és felelősséggel! Ez a szakember a patikák jelenlegi, lényegében kiskereskedelmi funkció ellátása helyett valódi tanácsadói, terápiakövető feladatot töltene be: a háziorvosok közvetlen partnereként dolgozna azon, hogy a betegek gyógyszerelése biztonságosabb és olcsóbb legyen. Így a feladata lenne többek között a polipragmázia (vagyis a túlzott, sokszor egymás hatását rontó gyógyszerek halmozásának) kiszűrése, valamint a recept nélkül kapható (OTC) készítmények ellenőrizetlen hozzászedésének és a felesleges antibiotikum-használatnak a kontrollja. A terápiamenedzser felügyelné a kezelések költséghatékonyságát és biztonságát, valamint ő vezetné tovább a gyakorlatban a szakorvosok vagy háziorvosok által elindított terápiákat. Ez a célértékevezérelt gondozás kulcsfontosságú az olyan népbetegségek esetében, mint a magas vérnyomás, a cukorbetegség, a különböző anyagcsere-zavarok vagy a folyamatos véralvadásgátló kezelések. Ezzel a lépéssel radikálisan javulna a betegek életminősége, miközben a háziorvosok válláról is hatalmas adminisztratív és ellenőrzési teher kerülne le.

▶ FELNŐTTEKET SEGÍTŐ VÉDŐNŐKET!

A több mint évszázados múltra visszatekintő védőnői hálózat igazi magyar sikertörténet, amelynek szemléletét és tapasztalatait érdemes lenne kiterjeszteni. Hozzunk létre a gyermekkort követő egészségmegőrzést és -fejlesztést szolgáló, felnőtteket segítő védőnői szolgálatot! Az alapellátásba integrált felnőtt védőnők egészségnevelés, rendszeres táplálkozási és életmódtanácsadás, alapszintű szolgáltatások (például testsúly-, vércukorszint- és vérnyomásmérés) biztosítása révén még az alapellátásba való bekerülés előtt, helyben tudnák segíteni a polgárok egészségmagatartásának javulását és



az egészségi kockázatok visszaszorítását. Ez az innováció észszerű feladatmegosztás mellett a házi orvosok túlterheltségét is csökkenthetné.

▶ SEGÉDEGÉSZSÉGŐRÖK SEGÍTSÉK A LESZAKADÓ CSOPORTOK EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSÉT!

Fordítsunk külön figyelmet a legszegényebb, legalacsonyabban képzett magyarokra, akik ma a leginkább kitettek a főbb egészségi kockázatoknak! Ezek a csoportok információhiányból, földrajzi akadályoztatásból vagy éppen kommunikációs nehézségekből fakadó kölcsönös bizalmatlanságból ma jóval nehezebben jutnak hozzá olyan kulcsfontosságú szolgáltatásokhoz, mint az oltási, életmódváltást támogató vagy éppen szűrőprogramok. Az ő elérésüket növeljük az úgynevezett segédegészségőrök szélesebb körű alkalmazása révén! A segédegészségőrök a

helyi közösségből kikerülő, fél- vagy teljes állásban foglalkoztatott, szociálismunkás-, illetve ápolási asszisztensi képzésben részesült munkatársak, akik mintegy közvetítőként, összekötő kapocsként tevékenykednek a polgárok és a házi orvosi praxisok, illetve a védőnői szolgálat között. Az a feladatuk, hogy felvesyék és ápolják a kapcsolatot a legnehezebben elérhető, jellemzően halmozottan hátrányos helyzetű polgárokkal, megismertessék velük az elérhető prevenciók és egészségfejlesztési szolgáltatásokat, valamint motiválják őket ezek igénybevételére. A hazánkban korábban végzett terepkísérletek igazolták, hogy a segédegészségőrök hatékonyan tudják oldani az ellátottak esetleges bizalmatlanságát az ellátórendszerrel és annak szolgáltatásaival szemben. Mivel a helyi közösség tagjaként ismerik a kisközösség nyelvét és normáit, kapcsolódni tudnak annak hétköznapi tapasztalataihoz, és nagyobb bizalmat élveznek, mint a „hatóságok” képviselői.

I 3.3. A SZAKEMBERHIÁNY KEZELÉSE

▶ RENDEZZÜK A SZAKDOLGOZÓI BÉREKET!

A lehető leghamarabb, szektorsemlegesen emeljük a szakdolgozói béreket! Fokozatos emeléssel 2030-ig érjük el legalább az országos átlagbér szintjét! Azt is biztosítani kell, hogy az emelés üteme a jövőben arányos legyen az orvosbérek növekedésével, illetve automatikusan kövesse az inflációt és az átlagbérek emelkedését. Mindemellert vezessünk be differenciált bérrendszert, amely a szakképzettségi szintekhez és a munkaterheléshez igazodik! Ennek megalapozására alakítsunk ki objektív, az egyes munkakörök és ellátási területek összehasonlítására alkalmas munkaterhelési mutatókat!

A szakdolgozói pálya megtartóerejének növelése érdekében a meglévő életpályamodellt egészítsük ki regionális ösztönző elemmel! Az életpályamodell ne csak a bér, a szakmai előrelépés és a képzési lehetőségek egységes rendszerét biztosítsa, hanem nyújtson plusz támogatásokat azoknak, akik hátrányos helyzetű vagy tartós szakemberhiánnyal küzdő térségekben vállalják a munkát! Ez a kiegészítés egyszerre erősítené a pálya

kiszámíthatóságát és járulna hozzá a területi ellátási egyenlőtlenségek mérsékléséhez. Lényeges, hogy a bérrendszer, az életpályamodell és a munkafeltételek átalakításába intézményesen bevonjuk az egészségügyi dolgozók szakmai és munkavállalói érdekképviselőit! Hozzunk létre rendszeres érdekegyeztetési mechanizmust, amelyben a kormányzat, a munkáltatók és a dolgozói érdekképviselők a bérek mellett a munkaterhelésről, a munkafeltételekről és a szakmai előmenetel szabályairól is egyeztetnek!

▶ SZOLGÁLATI LAKÁSSAL, KEDVEZMÉNYES BÉRLAKÁSPROGRAMMAL, LAKHATÁSI TÁMOGATÁSSAL TEGYÜK VONZÓBBÁ A SZAKDOLGOZÓI PÁLYÁT!

Sok szakdolgozó, de különösen a fiatal pályakezdők számára a lakhatás költsége vagy a munkahely megközelítése jelenti a legnagyobb akadályt. A pályakezdőknek szolgálati lakásokat kell biztosítani a kórházak és rendelők közelében, azoknak a



szakdolgozóknak pedig, akik hosszabb távon elköteleződnek egy adott régió vagy intézmény mellett, kedvezményes bérletprogramot, valamint lakhatási támogatást kell nyújtani. A kifejezetten az egészségügyi hiányszakmákban (ápolók, szülésznők, aneszteziológiai asszisztensek) tanuló diákok számára hozzunk létre célzott ösztöndíjrendszert! Az ösztöndíj feltételeként

szabjuk meg, hogy a végzettség megszerzését követően a támogatott hallgatók meghatározott ideig az állami egészségügyi ellátásban, a tanult szakmájuknak megfelelő területen helyezkednek el! Ez a konstrukció egyszerre ösztönözné a hiányszakmák választását, mérsékelné az utánpótlás hiányát és erősítené a pályán maradást a legkritikusabb területeken.

I 3.4. A KÖZFINANSZÍROZOTT ÉS A MAGÁNEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER ÖSSZEHANGOLÁSA

► SEKTORSEMLEGES SZABÁLYOZÁST!

Tegyük szektorsemlegessé az egészségügyet! A közfinanszírozott egészségügyi rendszer jellegét nem az határozza meg, hogy az ellátást állami, önkormányzati, nonprofit vagy magántulajdonban lévő szolgáltató nyújtja, hanem az, hogy a finanszírozás döntően közösségi alapon történik, az ellátások mindenki számára azonos feltételekkel hozzáférhetők, és a szolgáltatók egységes, szigorú közszabályozás alatt működnek. A köz- és magánszektorra ezért ne egymás versenytársaiként, hanem egy egységesen szabályozott, közfinanszírozott ellátórendszer lehetséges szolgáltatóiként tekintsünk!

Ennek jegyében tegyük lehetővé, hogy az egészségbiztosító állami, önkormányzati, nonprofit és magánszolgáltatókkal egyaránt szerződhesen, amennyiben azok azonos finanszírozási, szakmai, minőségbiztosítási, adatszolgáltatási és hozzáférési feltételeket teljesítenek! A szolgáltatók közötti verseny ne a fizetőképes vagy alacsonyabb kockázatú betegek megszerzésére, hanem a jobb minőségű ellátásra, a hatékonyabb betegutakra, a rövidebb várakozási időkre és a jobb betegélményre irányuljon. Ennek érdekében a közfinanszírozott szolgáltatásvásárlás feltétele legyen az átlátható árképzés, a teljes körű adatszolgáltatás, az egységes minőségi indikátorok alkalmazása és az univerzális hozzáférés biztosítása! A közfinanszírozott ellátás keretében a szolgáltató ne válogathasson a betegek között azok egészségi állapota, kezelési költsége vagy

jövedelmi helyzete alapján, és ne köthesse az ellátást kiegészítő önrész vagy más többletfizetés teljesítéséhez!

A rendszer szervezése, a közfinanszírozott kapacitások tervezése és a hozzáférés biztosítása maradjon továbbra is az állam felelőssége! A magán- és nonprofit szolgáltatók bevonása nem járhat a közfinanszírozott ellátás kapacitásainak olyan mértékű elszívásával, amely rontja az ellátás hozzáférhetőségét vagy növeli a területi egyenlőtlenségeket. A szolgáltatásvásárlásról ezért minden esetben az adott térség és szakterület szükségletei, rendelkezésre álló kapacitásai, valamint az elérhető szolgáltatók minősége és eredményessége alapján kell dönteni.

A magánszolgáltatók közfinanszírozott bevonása különösen indokolt lehet azokban a rutinszerű, jól szabványosítható ellátásokban – például a diagnosztikai vizsgálatok, az egynapos sebészet vagy a rehabilitáció területén –, ahol a rendelkezésre álló többletkapacitások gyorsan javíthatják a hozzáférést és csökkenthetik a várakozási időket. Ez azonban ne jelentsen merev tulajdonformák szerinti feladatmegosztást: megfelelő szakmai háttér és azonos minőségi követelmények teljesítése esetén más ellátásokban is részt vehessenek nem állami szolgáltatók. A döntő szempont minden esetben az legyen, hogy az adott konstrukció javítja-e a közfinanszírozott rendszer egészének hozzáférhetőségét, minőségét és hatékonyságát.



szabályozzuk a magánpraxisok nyitását!

A magánpraxisok engedélyezését és kapacitásbővítését kössük rendszeres területi és szakmai kapacitásvizsgálatokhoz! A magánegészségügy fontos szerepet játszhat az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés javításában, de csak akkor, ha a működése nem veszélyezteti a közfinanszírozott ellátórendszer elérhetőségét és működőképességét. Ennek érdekében világos szabályokat kell kialakítani a magánpraxisok létesítésére és bővítésére. A magánellátásban végzett tevékenység nem vezethet oda, hogy egy adott térségben vagy szakterületen romlik a közellátáshoz való hozzáférés, különösen a hiányszakmák és az alapellátás esetében.

Az államnak ezért folyamatosan nyomon kell követnie, hogy az egyes szakterületeken és térségekben rendelkezésre álló emberi erőforrás elegendő-e a közellátási feladatok biztonságos teljesítéséhez. Amennyiben egy szakterületen vagy földrajzi térségben tartós szakemberhiány áll fenn, a szabályozásnak elsőbbséget kell biztosítani a közfinanszírozott ellátás működőképességének fenntartása számára.

A cél nem a magánszolgáltatások korlátozása, hanem a köz- és magánellátás kiegyensúlyozott együttműködésének megteremtése. A magánegészségügy bővülésének a közellátás kiegészítését, nem pedig annak fokozatos leépülését kell szolgálnia.

3.5. ADATVEZÉRELT ÉS ÁTLÁTHATÓ ELLÁTÓRENDSZER



HOZZUNK LÉTRE FÜGGETLEN EGÉSZSÉGÜGYI MINŐSÉGMÉRÉSI ÉS ÉRTÉKELÉSI RENDSZERT!

Alakítsunk ki egységes, nyilvános és rendszeresen frissített minőségindikátor-rendszert, amely az egészségügyi ellátások eredményességét, minőségét és betegközpontúságát méri! A mutatók közé tartozzanak többek között a műtéti szövődmények és újrafelvételek aránya, a kórházi fertőzések előfordulása, a kezelhető halálozások alakulása, a várakozási idők, a krónikus betegek gondozásának eredményessége, valamint a betegek elégedettsége. Az eredmények legyenek nyilvánosan hozzáférhetőek, és fokozatosan épüljenek be a szolgáltatók finanszírozásába, hogy a rendszer ne csupán a beavatkozások mennyiségét, hanem azok tényleges eredményét is jutalmazza! A minőségi indikátorokat ugyanakkor társadalmi, területi és betegösszetételi kockázati korrekcióval kell alkalmazni. Fontos szempont, hogy a minőségmérés és az értékelés eredménye ne a gyengébb helyzetű intézmények büntetése, hanem a problémák láthatóvá tétele és célzott fejlesztési források megfelelő helyre való allokálása legyen.



HASZNÁLJUK KI AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN KELETKEZŐ ADATVAGYONT!

A strukturált adatgyűjtésre és interoperábilis rendszerekre épülő egészségügyi informatika egyszerre csökkentheti az egészségügyi dolgozók adminisztratív terheit, javíthatja az ellátások minőségét és teheti hatékonyabbá az erőforrások felhasználását. Az így létrejövő adatvagyon emellett lehetővé teheti korszerű döntéstámogató és mesterséges intelligenciára épülő megoldások fokozatos bevezetését is. A következő években a digitalizációs fejlesztések középpontjába az ellátási folyamatokba illeszkedő strukturált adatgyűjtést és az adatok hatékony felhasználását helyezzük, az „egyszeri adatrögzítés, többszöri felhasználás” elvét követve! Az adatgyűjtés közvetlenül támogassa az egészségügyi dolgozók mindennapi munkáját, és csökkentse a párhuzamos dokumentációból eredő adminisztratív terheket! Az egészségügyi informatika a dokumentumtároló szerepből fokozatosan a döntéstámogatás, a betegútmenedzsment és a minőségfejlesztés irányába mozduljon el! Ennek során az állam feladata nem az,



hogy minden intézmény és szakterület számára egységes adatkezelő alkalmazásokat írjon elő, hanem az, hogy meghatározza az adatcserére, az adatszerkezetekre és az adatminőségre vonatkozó közös szabványokat. A hangsúlyt a szoftverek összekapcsolhatóságára és az adatok egységes értelmezhetőségére kell helyezni. Ehhez közös fogalmakra, kódolási rendszerekre, mértékegységekre és adatminőségi követelményekre van szükség, hogy a különböző rendszerekből származó adatok összehasonlíthatók és együttesen felhasználhatók legyenek. Vagyis az egyes intézmények és szakterületek saját működésükhöz illeszkedő betegútmenedzsment-, regiszter- vagy döntéstámogató rendszereket alkalmazhatnának, miközben a legfontosabb adatok

egységes formában kerülhetnének az országos egészségügyi adattérbe. Egy ilyen modell egyszerre teremtené lehetőséget a helyi innovációra és az országos szintű összehasonlíthatóságra, javítaná a betegutak követhetőségét, és megalapozná a minőségmérést. Kiemelt célként kell kezelni az egészségügyi adatok biztonságos, gondosan szabályozott felhasználását kutatási, innovációs, egészségpolitikai és finanszírozási döntéstámogató célokra. Végezetül célként kell kitűzni, hogy minden egészségügyi digitalizációs fejlesztés eredményessége mérhető legyen az adminisztrációs idő csökkenése, az adatminőség javulása, a betegutak hatékonyabb szervezése és az ellátás eredményessége alapján.

AZ EGYENSÚLY INTÉZET SZAKPOLITIKAI JAVASLATAI

TERÜLET	JAVASLAT
FENNTARTHATÓ ÉS TELJESÍTMÉNY- ORIENTÁLT FINANSZÍROZÁS	Növeljük a visegrádi hármas átlagára a GDP-arányos egészségügyi közkiadásokat!
	Az egészségbiztosító váljék valódi szolgáltatásvásárlóvá!
	Csökkentsük a visegrádi átlag szintjére a közvetlen lakossági egészségügyi kiadások arányát!
	Az állam ösztönözze az egészségpénztári megtakarításokat és a kiegészítő egészségbiztosításokat!
AZ ELLÁTÓ- RENDSZER ÚJJÁSZERVEZÉSE	Járási szinten szervezzük az alapellátást!
	A háziorvosi körzetek határait meghatározott időközönként igazítsuk hozzá a változó szükségletekhez!
	Hozzunk létre több szakmát összefogó, prevenciós fókuszú csoportpraxisokat!
	Ötévente általános egészségiállapot-felmérést a 35 és 64 év közötti magyaroknak!
	Az alapellátás finanszírozásában fektessünk nagyobb súlyt a teljesítményt ösztönző, illetve az eredményeket és a minőséget díjazó elemekre!
	Használjuk ki a gyógyszerészek tudását – terápiamenedzsereket a praxisközösségekbe!
	Felnőtteket segítő védőnőket!
	Segédegészségőrök segítsék a leszakadó csoportok egészségfejlesztését!
	Betegút-koordinátorok gondoskodjanak a betegutak hatékony szervezéséről!
	Betegút alapú finanszírozást!



A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER ÁTALAKÍTÁSÁRÓL

TERÜLET	JAVASLAT
A SZAKEMBER- HIÁNY KEZELÉSE	2030-ig zárkóztassuk fel a szakdolgozói béreket az országos átlagbér szintjére!
	Szolgálati lakással, kedvezményes bérlakásprogrammal, lakhatási támogatással tegyük vonzóbbá a szakdolgozói pályát!
	Az egészségügyi hiányszakmákban tanuló diákok számára hozzunk létre célzott ösztöndíjrendszert!
A KÖZFINAN- SZÍROZOTT ÉS A MAGÁN- EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER ÖSSZEHANGOLÁSA	Szektorsemleges egészségügyet!
	Az egészségbiztosító szigorú minőségi feltételek mellett szerződhesen magánszolgáltatókkal a várólisták csökkentése és a területi egyenlőtlenségek mérséklése érdekében!
	A magánpraxisok engedélyezését és kapacitásbővítését kössük rendszeres területi és szakmai kapacitásvizsgálatokhoz!
ADATVEZÉRELT ÉS ÁTLÁTHATÓ ELLÁTÓRENDSZER	Hozzunk létre független egészségügyi minőségmérési és értékelési rendszert!
	A minőségmérés eredményei legyenek nyilvánosan hozzáférhetők, és épüljenek be a szolgáltatók finanszírozásába!
	Használjuk ki az egészségügyben keletkező adatvagyon!
	Az egészségügyi informatika a dokumentumtároló szerepből fokozatosan a döntéstámogatás, a betegútmenedzsment és a minőségfejlesztés irányába mozduljon el!

RÓLUNK

Az Egyensúly Intézet Magyarország független agytrösztje. A magyar politikai gondolkodásmód megújítása érdekében országvíziót alkotunk, valamint részletes szakpolitikai javaslatokat és stratégiákat dolgozunk ki. Folyamatos párbeszédben vagyunk a legfontosabb politikai, gazdasági és kulturális döntéshozókkal. Meggyőzzük őket szakpolitikai javaslataink megvalósításának fontosságáról, és szakmai segítséget biztosítunk ehhez a munkához.

VÍZIÓNK

Az Egyensúly Intézet olyan Magyarországon hisz, ahol a közbeszédet nem a politikai hatalmi harc, hanem az ország jövőjéről szóló szakmai vita és az ezekből kialakuló konszenzus uralja. Az Egyensúly Intézet 2020-ban jelentette meg politikai-gazdasági-társadalmi vízióját Magyarország 2030 – Jövőkép a magyaroknak címmel, amelyben kijelölte a gazdagabb és boldogabb Magyarország felé vezető út fő irányait.

MISSZIÓNK

A Magyarország 2030 című jövőkép és a Magyarország-kézikönyv alapján az Egyensúly Intézet a magyarok közösségére épülő, okos és tiszta ország megteremtésén dolgozik. Ennek érdekében az ország fejlődését szolgáló, vonzó és megvalósítható szakpolitikai javaslatokat írunk és vitatunk meg, a legjobb hazai és nemzetközi szakértőkkel közösen. Célunk, hogy a jelenlegi és leendő politikai és gazdasági döntéshozók megismerjék, elfogadják és megvalósítsák javaslatainkat.

ALAPÉRTÉKEINK

Az Egyensúly Intézet jövő- és megoldásorientált szakpolitikai agytröszt. Minden hazai és külföldi párttól, politikai, gazdasági érdekcsoporttól független, autonóm intézmény. Kizárólagos célja, hogy vízióalkotó munkájával, a vélemények békés ütköztetésével, valamint szakpolitikai megoldási javaslatainak határozott képviselésével hozzájáruljon egy sikeresebb és boldogabb Magyarország megteremtéséhez. Az Egyensúly Intézet minden olyan döntéshozóval és véleményformálóval kész együttműködni, aki azonosulni tud Magyarország 2030 című országvíziónk alapértékeivel.

CSAPATUNK

Az Egyensúly Intézet munkatársai és tanácsadó testületének tagjai olyan nemzetközileg elismert szakértők, akiket saját területükön a legjobb kutatók és elemzők között tartanak számon. Agytrösztünk munkáját több mint 30 szakértő segíti, köztük közgazdászok, szociológusok, politológusok, nemzetközi szakértők, urbanisták és klímakutatók.



SZAKÉRTŐINK



BOROS TAMÁS

Igazgató és társalapító

Az Egyensúly Intézet igazgatója és társalapítója. Korábban a Külügyminisztériumban, az Európai Parlamentben és az Európai Bizottságban dolgozott, majd társalapítója volt a Policy Solutions elemzőintézetnek. A *Magyarország 2030 – Jövőkép a magyaroknak és a Magyarország-kézikönyv – 33 megoldás 33 égető problémára* című könyvek társszerzője. Gyakori vendége szakpolitikaielemző-műsoroknak, több száz interjút adott magyar és nemzetközi médiumoknak, így a BBC-nek, The Economistnak és a The Financial Timesnek. Az alapítása óta az Egyensúly Intézet igazgatójaként dolgozik, ahol az intézet munkájának operatív irányításán túl tucatnyi szakpolitikai javaslatcsomag kidolgozásában vett részt, valamint gyakran ír publicisztikákat vezető magyar médiumok számára.

FILIPPOV GÁBOR

Kutatói igazgató



Az Egyensúly Intézet kutatói igazgatója. Korábban országgyűlési szakértőként, majd a Magyar Progresszív Intézet politikai elemzőjeként és vezető elemzőjeként dolgozott. Elemzései, kommentárjai számos hazai és külföldi sajtótermékben megjelentek, televíziós és rádiós műsorok gyakori vendége. Kutatói területe az európai, valamint a magyar szélsőjobboldal, az antiszemitizmus és az iszlamofóbia története és jelene, illetve a modern autokráciák működése.



CSERNUS DÓRA

Klíma-, energia- és környezetpolitikai igazgató

Az Egyensúly Intézet klíma-, energia- és környezetpolitikai igazgatója. Tanácsadóként dolgozott a Környezetvédelmi és Vízügyi Minisztériumban, a Jövő Nemzedékek Országgyűlési Biztosának Hivatalában és a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztériumban, ahol Magyarország álláspontját képviselte különböző EU-, ENSZ- és OECD-fórumokon. Később a Klímapolitika Kutató és Tanácsadó Kft. nemzetközi fejlesztésekért felelős igazgatójaként, majd független környezet- és klímapolitikai szakértőként kamatoztatta tudását. Fő szakterülete a klímapolitika, a levegőtisztaság-védelem és a vízvédelem.

MAREK BERTRAM

Vezető elemző



Az Egyensúly Intézet vezető elemzője, politikai pszichológus. Az ELTE-n politológia BA-t, a BME-n kommunikáció és médiatudomány MA-t, a University of Kenten pedig politikai pszichológia MSc-t végzett. Korábban a NielsenIQ junior elemzőjeként dolgozott. Jelenleg az ELTE PPK doktorandusza, kutatási témája a nosztalgia és a rendszerkritika kapcsolata. Kommunikációt, statisztikát és módszertant oktatott az ELTE-n.

Magyarország jövő időben ►►

Egyensúly Intézet



**Egyensúly
Intézet**

Honlap: www.eib.hu

E-mail: eib@eib.hu

Facebook



LinkedIn



Instagram

