



State of Health in the EU

MAGYARORSZÁG

Egészségügyi országprofil 2025

Egészségügyi országprofilok sorozat

A *State of Health in the EU* (Egészségügyi helyzet az Európai Unióban) egészségügyi országprofiljai szakpolitikai szempontból releváns rövid áttekintést nyújtanak az EU/ Európai Gazdasági Térség egészségügyi helyzetéről és egészségügyi rendszereiről. Az országprofilok országok közötti összehasonlítás mentén emelik ki az egyes országok sajátosságait és kihívásait. A cél a politikai döntéshozók és a véleményvezérek támogatása a kölcsönös tanulás és tudásátadás eszközével. A 2025-ös kiadású egészségügyi országprofilok külön fejezetet szentelnek a gyógyszereket érintő szakpolitikai programoknak.

Az országprofilok az OECD (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) és a European Observatory on Health Systems and Policies (Egészségügyi Rendszerek és Politikák Európai Megfigyelőközpontja) közös munkájának eredményeként jöttek létre, az Európai Bizottsággal együttműködésben. A munkacsoport köszönetet mond az Observatory Health Systems and Policy Monitor hálózatának, az OECD Egészségügyi Bizottságának és az EU egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésével foglalkozó szakértői csoportjának (Health Systems Performance Assessment, HSPA) értékes észrevételeiért és javaslataiért.

Tartalom

1	Összefoglaló	1
2	Az egészségügyi helyzet Magyarországon	2
3	Kockázati tényezők	5
4	Az egészségügyi rendszer	6
5	Az egészségügyi rendszer teljesítménye	9
6	Reflektorfényben a gyógyszerek	18
7	Fő megállapítások	22

Az adatok és információk forrásai

Az egészségügyi országprofilokban szereplő adatok és információk főként az Eurostatnak és az OECD-nek eljuttatott hivatalos nemzeti statisztikákon alapulnak, amelyeket validáltak a legmagasabb szintű adatösszehasonlíthatóság biztosítása érdekében. Néhány további adat az Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), és az European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ) adataiból, az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartását vizsgáló kutatásból (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC), továbbá a "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE, "Egészség, öregedés

és nyugdíjazás felmérése Európában") elnevezésű kutatásból, az Európai Onkológiai Információs Rendszer (European Cancer Information System, ECIS), és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adataiból, valamint egyéb nemzeti forrásokból származnak.

Eltérő megjegyzés hiányában a számított uniós átlagok a 27 tagállam súlyozott átlagai. Az uniós átlag Izland és Norvégia adatait nem tartalmazza.

E profil véglegesítésére 2025 szeptemberében került sor a 2025. szeptember első felében hozzáférhető adatok alapján.

Demográfiai és társadalmi-gazdasági kontextus Magyarország, 2024

Demográfiai tényezők	Magyarország	EU
Népesség	9 584 627	446 735 291
A 65 év feletti népesség aránya (%)	21	21,1
Termékenységi ráta ¹ (2023)	1,5	1,5
Társadalmi-gazdasági tényezők		
Egy főre jutó GDP (PPP EUR ²)	30 416	35 219
Szegénység vagy társadalmi kirekesztés kockázatának kitettek aránya ³ (%)	20,2	16,5

- Az egy főre jutó születések száma a 15–49 év közötti nők körében.
- Vásárlóerő-paritás (PPP): pénznemek átszámítására alkalmazott arányszám, amely kiegyenlíti a különböző valuták eltérő vásárlóerejét, kiküszöbölve az országok árszínvonalában mutatkozó különbségeket.
- A szegénység vagy társadalmi kirekesztés kockázatának kitettek (AROPE) a népességben azon személyeknek százalékos arányát mutatja, akik szegénység kockázatának vannak kitéve, súlyos anyagi és társadalmi nélkülözésben élnek, vagy nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban (munkaerőpiaci kirekesztődésben) élnek.

Forrás: Eurostat adatbázis.

Felelősségkizáró nyilatkozatok: Az OECD részéről ezen munka megjelenéséért az OECD főtitkára vállal felelősséget. Az itt kifejtett vélemények és érvek nem feltétlenül tükrözik az OECD tagországainak hivatalos álláspontját. Az Európai Egészségügyi Rendszerek és Politikák Megfigyelőközpontjának kiadványaiban kifejtett nézetek és vélemények nem feltétlenül tükrözik a részt vevő szervezetek hivatalos politikáját.

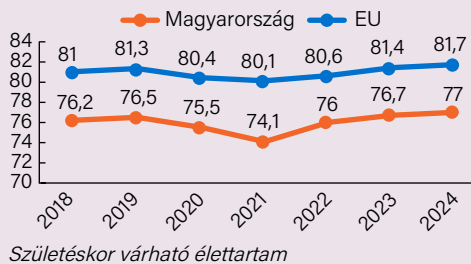
Ez a munka az Európai Unió pénzügyi támogatásával készült. Az itt kifejtett nézetek semmiképpen sem tekinthetők az Európai Unió hivatalos véleményének.

Az ebben a közös kiadványban használt ország- és területnevek, valamint azok ábrázolása a WHO gyakorlatát követi. Ez a dokumentum, valamint az abban szereplő adatok és térképek nem érintik semmilyen terület státuszát vagy szuverenitását, a nemzetközi határok és határvonalak kijelölését, valamint semmilyen terület, város vagy régió nevét. Az OECD-re vonatkozó konkrét területi nyilatkozatok a következő linken találhatók: <https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html>. A WHO-ra vonatkozó további felelősségkizáró nyilatkozatok is érvényesek.

A fordítás szaknyelvi terminológia és érthetőség szempontjából lektorált szöveg. Az esetleges eltérések esetén az angol nyelvű eredeti szöveg az irányadó.

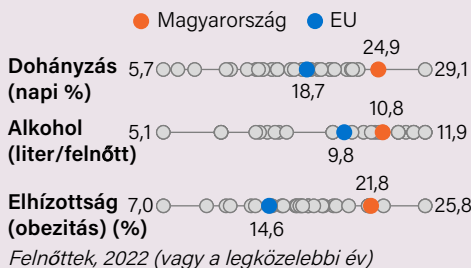
© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2025.

1 Összefoglaló



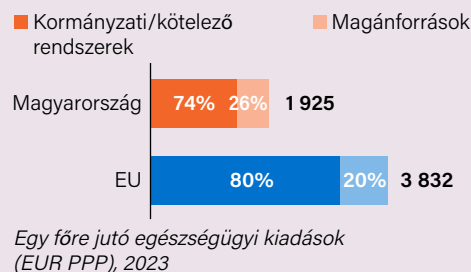
Az egészségügyi helyzet Magyarországon

A COVID-19-járvány idején bekövetkezett ideiglenes csökkenés után a várható élettartam 2024-ben 77,0 évre emelkedett, ami 4,7 évvel alacsonyabb az uniós átlagnál. Nagy a nemek közötti különbség, mivel a nők átlagosan 6,3 évvel élnek tovább, mint a férfiak. A szív- és érrendszeri betegségek és a rák együttesen a 2023-as halálozások több mint 70 %-át tették ki.



Kockázati tényezők

Magyarországon az EU-ban az egyik legmagasabb felnőtt dohányosok aránya, amely arány az elmúlt két évtizedben más EU-országokhoz képest lassan csökkent. Az alkoholfogyasztás viszonylag magas, míg a felnőttek és serdülők körében az elhízottság (obezitás) aránya Magyarországon továbbra is növekszik, és jóval az uniós átlag felett marad.

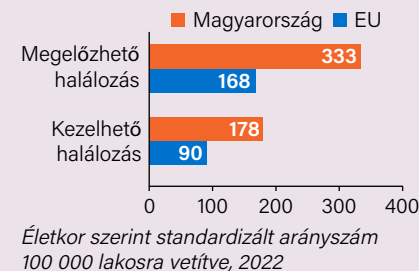


Az egészségügyi rendszer

Magyarország 2023-ban 1 925/fő eurót költött egészségügyre, ami körülbelül az uniós átlag fele. Az állami finanszírozás az elmúlt években fokozatosan nőtt, és 2023-ban a folyó egészségügyi kiadások 74 %-át tette ki. A magánkiadások körülbelül 23 %-a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulásokból származik, ami jóval meghaladja az uniós átlagot (16 %).

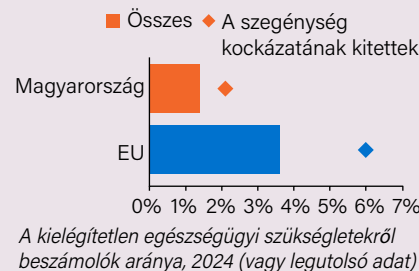
Az egészségügyi rendszer teljesítménye

Eredményesség



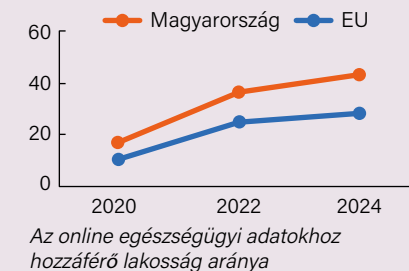
A megelőzhető (megelőzéssel elkerülhető) és kezelhető (kezeléssel elkerülhető) halálozás aránya 2011 óta csökken Magyarországon, de továbbra is jóval az uniós átlag felett. A megelőzhető halálozás aránya az egyik legmagasabb az EU-ban. 2022-ben a tüdőrák, az ischaemiás szívbetegségek és az alkohollal összefüggő betegségek voltak a három vezető halál. A szívbetegségek és a különböző típusú rákos megbetegedések voltak a vezető okok a kezeléssel elkerülhető halálozások esetében.

Hozzáférhetőség



2024-ben az egészségügyi ellátási igénnyel rendelkező magyarok 1,4 %-a számolt be pénzügyi okok, hosszú várólisták vagy az utazási távolság miatti kielégítetlen egészségügyi szükségletekről – ez az arány alacsonyabb az uniós átlagnál (3,6 %). Más uniós országokhoz hasonlóan a szegénységi kockázatnak kitétt emberek körében magasabb a kielégítetlen egészségügyi szükségletek aránya.

Reziliencia (ellenálló és alkalmazkodóképesség)



A digitalizáció kulcsfontosságú eleme a reziliens egészségügyi rendszer kiépítésének. A magyarok egyre gyakrabban számolnak be arról, hogy digitális eszközöket használnak bizonyos egészségügyi tevékenységekhez. Az egészségügyi adatokhoz való hozzáféréshez információs és kommunikációs technológiára épülő eszközöket használó lakosság aránya 2020 és 2024 között jelentősen nőtt. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkező magyarok gyakrabban használják ezeket az eszközöket, mint az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők.

Reflektorfényben a gyógyszerek

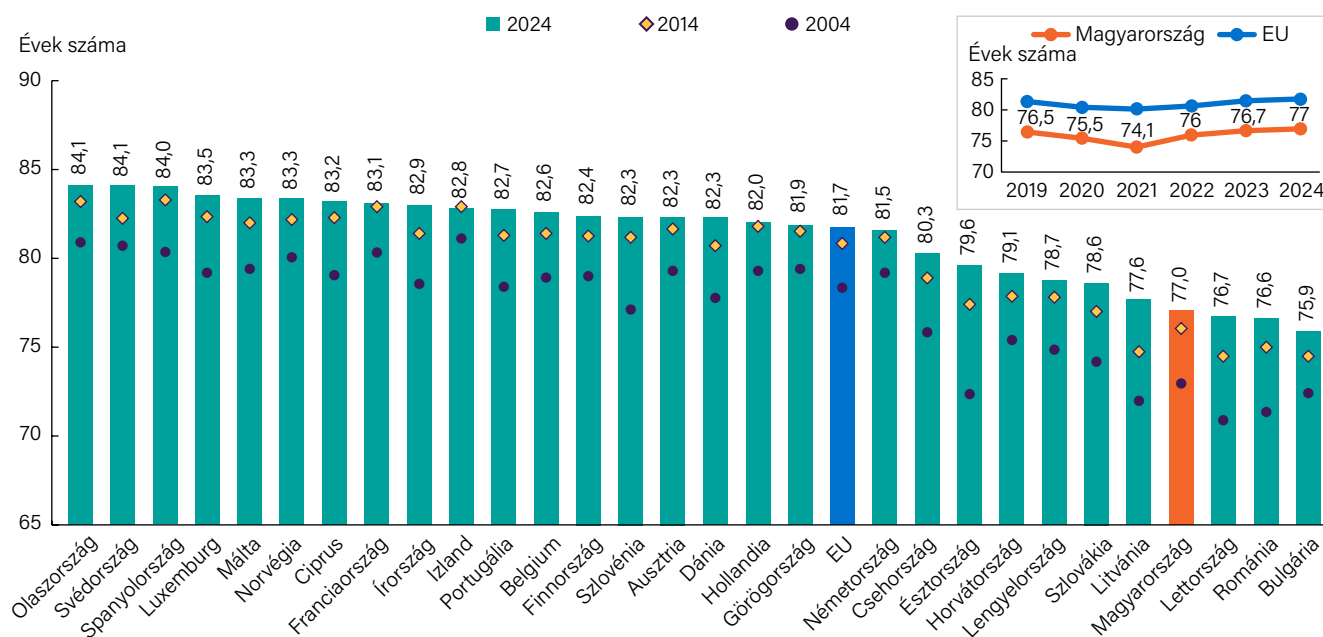
Magyarország 2023-ban 445/fő eurót költött kiskereskedelmi gyógyszerekre, ami alacsonyabb az uniós átlagnál (510 euró). A kiskereskedelmi gyógyszerkiadások azonban a magyar egészségügyi kiadások mintegy 23 %-át tették ki, ami jelentősen magasabb az uniós átlagnál (13 %). A gyógyszerkiadások többsége zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulásokból származik (2023-ban 51 %), mivel a járóbeteg-ellátás vontakozásában jelentős költségek (térítési díj) terhelik a lakosságot, valamint minden teljes mértékben támogatott gyógyszerre egységes dobozdíjat kell fizetni. A kiszolgáltatók csoportok számára speciális támogatási rendszer létezik, amely bizonyos pénzügyi védelmet nyújt. Kutatás-fejlesztési adókedvezmények állnak rendelkezésre, többek között az arra jogosult gyógyszergyártó vállalatok számára, amelyek adókedvezményben részesülnek Magyarországon végzett klinikai vizsgálatok és klinikai kutatások költségei után is.

A születéskor várható élettartam Magyarországon továbbra is jóval az uniós átlag alatt marad

2024-ben a születéskor várható élettartam Magyarországon 77,0 év volt, ami 4,7 évvel alacsonyabb az uniós átlagnál (81,7 év). A COVID-19-járvány idején bekövetkezett csökkenés után a születéskor várható élettartam 2023-ra kissé meghaladta a járvány előtti szintet (1. ábra). Más EU-országokhoz hasonlóan Magyarországon is nagy a nemek

közötti különbség a születéskor várható élettartamban. 2024-ben a magyar férfiak születéskor várható élettartama (73,8 év) 6,3 évvel rövidebb volt, mint a nőké (80,1 év) – ez meghaladja az uniós átlag szerinti 5,2 éves különbséget. A születéskor várható élettartamban mutatkozó nemek közötti különbség elsősorban annak tulajdonítható, hogy a férfiak nagyobb mértékben vannak kitéve kockázati tényezőknek (lásd a 3. szakaszt).

1. ábra: A születéskor várható élettartam Magyarországon 2021 után újra emelkedni kezdett, és mára meghaladja a világjárvány előtti szintet



Megjegyzések: Az uniós átlag súlyozott. Az Írországra vonatkozó adatok 2023-ra vonatkoznak.
Forrás: Eurostat (demo_mlexpec).

A szív- és érrendszeri betegségek és a rákos megbetegedések messze a vezető halálokok Magyarországon

2023-ban Magyarországon a vezető halálokok a szív- és érrendszeri betegségek (beleértve az ischaemiás szívbetegséget és a stroke-ot) és a rákos megbetegedések voltak, amelyek együttesen az összes haláleset több mint 70 %-át tették ki (2. ábra). 2023-ban a halálesetek 1,3%-át a COVID-19 okozta, ami jóval alacsonyabb arány, mint a pandémia első két évében, 2020-ban (6,4%) és 2021-ben (15,8%). Az emésztőrendszeri és légzőszervi betegségek is jelentős részét képezik a halálozásnak.

A magyarok többsége jó egészségi állapotról számol be, de a jövedelmi csoportok között nagy a különbség

2024-ben a magyarok 64 %-a értékelte úgy, hogy jó vagy nagyon jó egészségi állapotban van – ez kissé alacsonyabb az EU 68 %-os átlagánál. Más EU-országokhoz hasonlóan itt is jelentős a nemek közötti különbség, mivel a férfiak 67 %-a

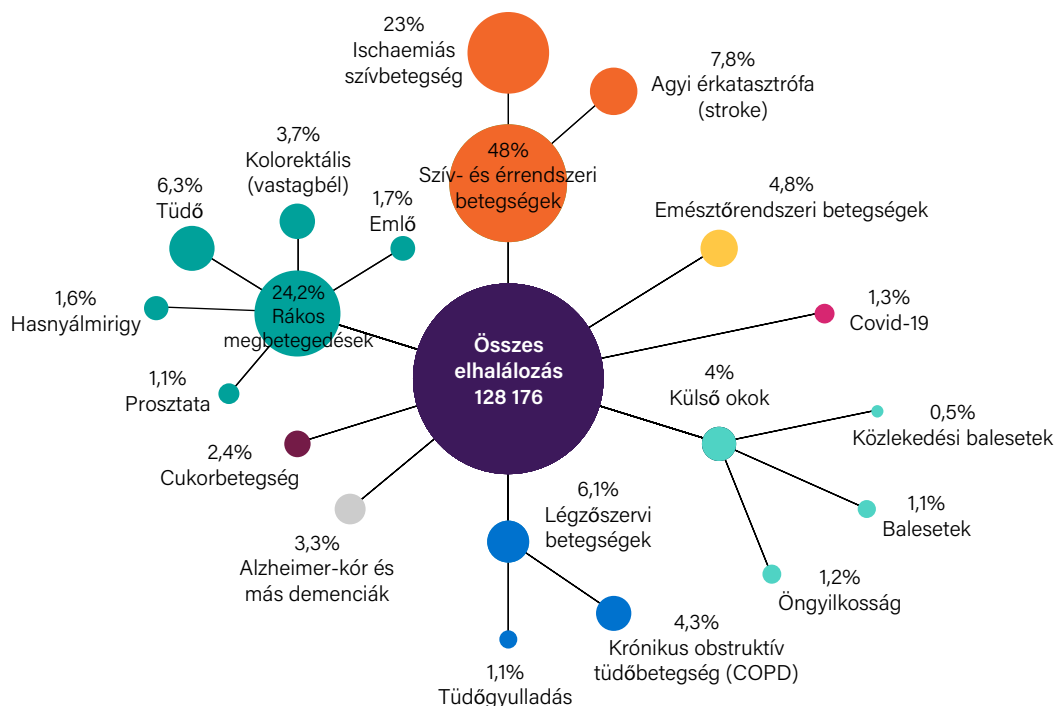
nyilatkozott úgy, hogy jó egészségi állapotban van, míg a nőknél ez az arány 62 % volt. A különbség a jövedelmi szint szerint még nagyobb: a legalacsonyabb jövedelmi kvintilisbe tartozó nők csak 43 %-a számolt be arról, hogy jó egészségi állapotban vannak, míg a legmagasabb kvintilisbe tartozó nők 77 %-a. Ez a különbség jóval nagyobb, mint az uniós átlag (3. ábra).

Sok 65 év feletti magyar él krónikus betegséggel és fogyatékkal

Magyarországon az elmúlt évtizedekben az idősebb populáció irányába való demográfiai változás ment végbe. A 65 év felettiek aránya a teljes népesség 2000-ben mért 15 %-áról 2024-re 21 %-ra emelkedett. Ez az arány 2050-re várhatóan tovább nő, 28 %-ra.

2022-ben a 65 éves magyar nők várható élettartama 18,1 év, míg a férfiaké 14,2 év volt (4. ábra). Az egészségben töltött életek tekintetében azonban a nemek közötti különbség sokkal kisebb (kevesebb mint 1 év), mivel a nők 65 éves koruk után életük kisebb részét töltik egészségi problémáktól

2. ábra: A szív- és érrendszeri betegségek és a rákos megbetegedések az összes haláleset több mint 70 %-áért felelősek Magyarországon

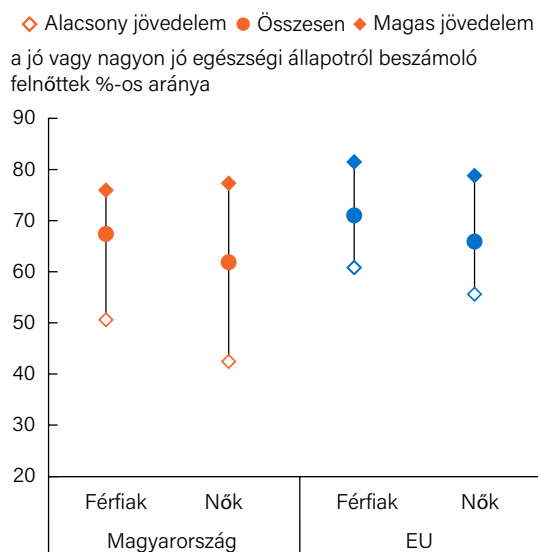


Megjegyzések: IHD = ischaemiás szívbetegség; COPD = krónikus obstruktív tüdőbetegség.

Forrás: Eurostat (hlth_cd_aro); Az adatok 2023-ra vonatkoznak.

és fogyatékoságtól mentesen. A 65 év feletti magyar férfiak és nők fele több krónikus betegségről számol be, ami az EU-ban az egyik legmagasabb arány. Hasonlóképpen, az uniós átlaghoz képest, a 65 év feletti férfiak és nők nagy része számol be a mindennapi életük alapvető tevékenységeiben való valamely akadályoztatottságról.

3. ábra: Az alacsony jövedelmű magyar nők és férfiak sokkal ritkábban számolnak be arról, hogy jó egészségi állapotban vannak



Megjegyzés: Az alacsony jövedelem a nemzeti ekvivalens rendelkezésre álló jövedelem eloszlásának alsó 20 %-ába (legalacsonyabb kvintilis) tartozó felnőtteket jelenti, míg a magas jövedelem a felső 20 %-ba (legmagasabb kvintilis) tartozó felnőtteket jelenti.

Forrás: Eurostat, az EU-SILC (hlth_silc_10) 2024-es adatai alapján.

A szív- és érrendszeri betegségek előfordulási aránya magas Magyarországon

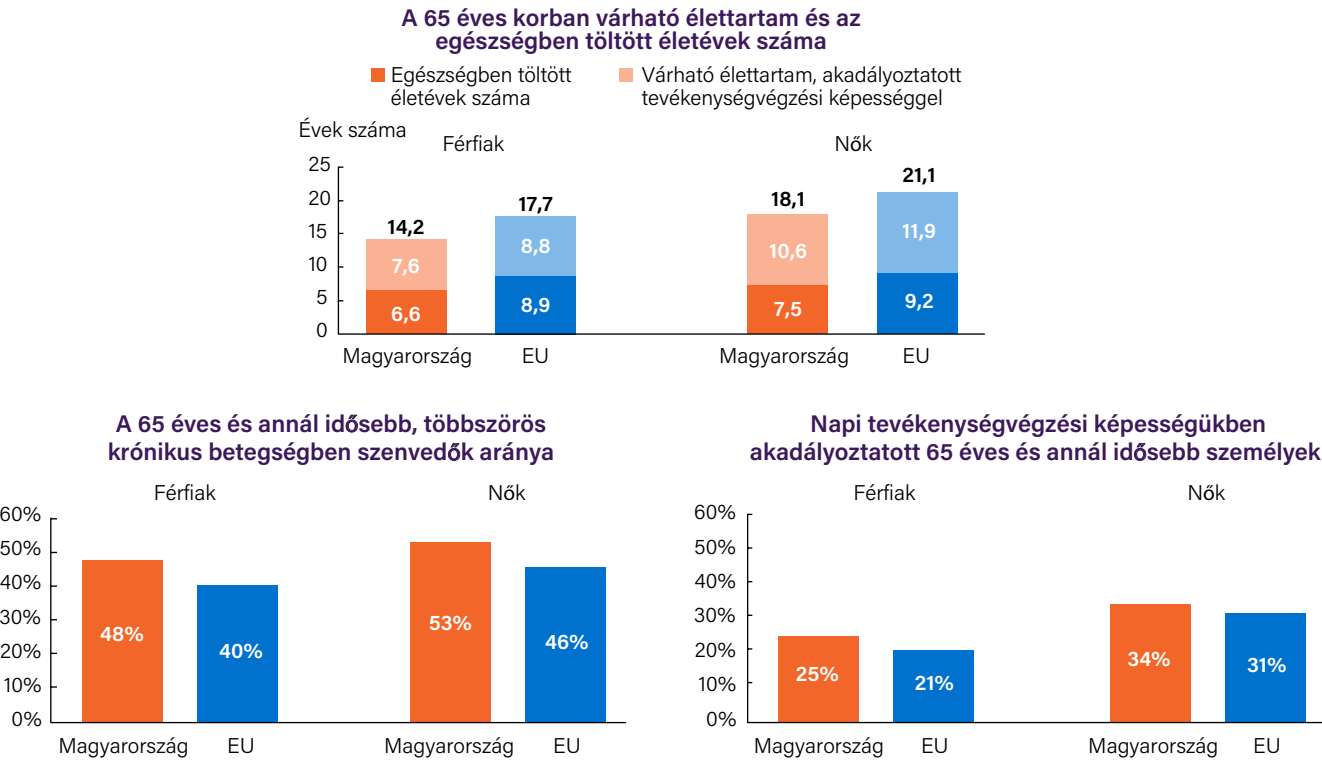
Az Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) becslései szerint 2021-ben Magyarországon körülbelül 144 000 új szív- és érrendszeri betegség (CVD) esetre lehetett számítani, míg körülbelül 1,3 millió ember élt CVD-vel.

Ez kor szerint standardizáltan 1462 incidenciát (új esetek) és 13 015 prevalenciát (összes eset) 100 000 lakosra vetítve (5. ábra). Míg az incidenciák szintje meghaladja az uniós átlagot, a prevalencia szinte megegyezik azzal, ami azt tükrözi, hogy Magyarországon a CVD-k túlélési aránya alacsonyabb az uniós átlagnál. Más EU-országokhoz hasonlóan a szív- és érrendszeri betegségek becsült incidenciája és prevalenciája is magasabb a férfiak körében, mint a nők körében (2021-ben 31 %-kal magasabb az új esetek számát, 35 %-kal magasabb a prevalenciát tekintve). Az ischaemiás szívbetegség (más néven koszorúér-betegség) a leggyakoribb szív- és érrendszeri betegség, becslések szerint évente 75 000 új esetet regisztrálnak, ami az összes szív- és érrendszeri betegség több mint felét teszi ki.

2020-ban becslések szerint 347 000 magyar élt rákos megbetegedéssel

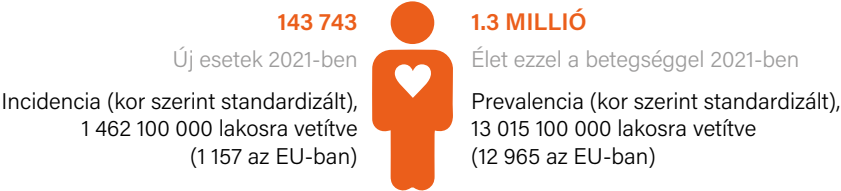
Az European Cancer Information System (ECIS) adatai szerint 2022-ben Magyarországon körülbelül 62 500 új rákos megbetegedést regisztráltak, és 2020-ban körülbelül 347 000 ember élt rákos megbetegedésben (6. ábra). A rákos megbetegedések kor szerint standardizált incidenciája Magyarországon csaknem 10 %-kal magasabb az uniós átlagnál, míg a prevalenciája körülbelül 25 %-kal alacsonyabb, ami alacsonyabb túlélési arányra és magasabb rákos

4. ábra: A 65 év feletti magyarok nagy része több krónikus betegségről és a mindennapi élet tevékenységeiben való akadályoztatottságról számol be



Forrás: Eurostat az egészségben eltöltött életevek tekintetében (tespm120, tespm130) és SHARE-felmérés (a krónikus betegségek és a mindennapi élet tevékenységeiben való akadályoztatottság tekintetében); az adatok 2022-re, illetve 2021–22-re vonatkoznak.

5. ábra: A szív- és érrendszeri betegségek becsült incidenciája Magyarországon 25 %-kal magasabb, mint az uniós átlag

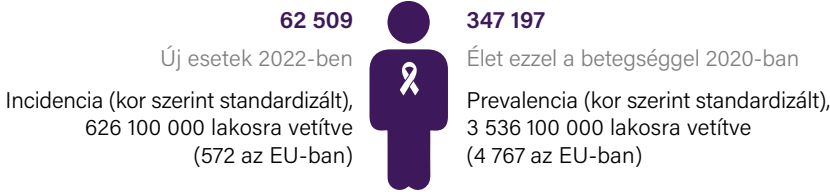


Forrás: IHME, Global Health Data Exchange; a becslések 2021-re vonatkoznak.

halálozási arányra utal (OECD/European Commission, 2025). 2022-ben a férfiak rákos megbetegedésének incidenciája a becslések szerint 17 %-kal magasabb volt, mint a nők. A férfiak körében a leggyakoribb rákos megbetegedések

a prosztata-, a vastagbél- és a tüdőrák, míg a nők körében a mell- és a vastagbélrák. Számos nemzeti szűrőprogram működik a rákos megbetegedések korai felismerésének elősegítésére (lásd az 5.1. szakaszt).

6. ábra: A rákos megbetegedés becsült incidenciája Magyarországon csaknem 10 %-kal magasabb, mint az uniós átlag



Megjegyzések: Ezek becslések, amelyek eltérhetnek a nemzeti adatoktól. A rákos megbetegedések incidenciája minden rákos megbetegedést magában foglal, kivéve a nem melanóma típusú bőrrákot

Forrás: European Cancer Information System; a becslések az incidencia adatok esetében 2022-re, a prevalencia adatok esetében 2020-ra vonatkoznak.

3 Kockázati tényezők

Az életmódbeli (egészségmagatartási) és környezeti kockázati tényezők a magyarországi halálozások 35 %-áért felelősek

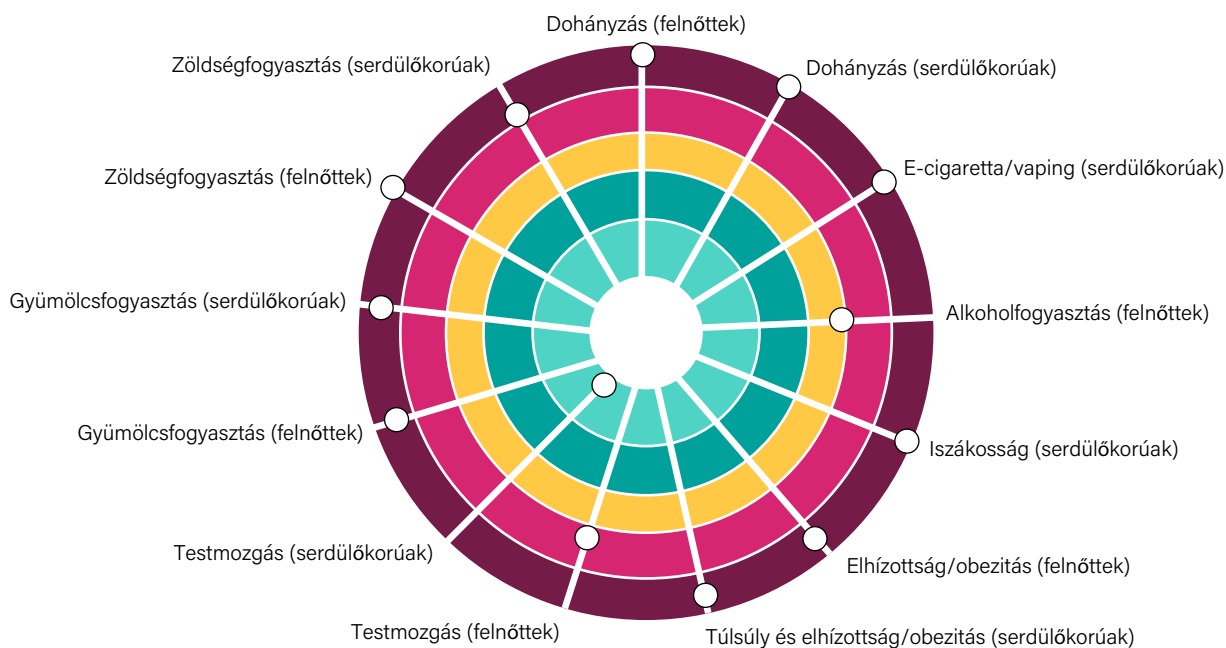
Az IHME becslései szerint 2021-ben Magyarországon körülbelül 49 000 haláleset tulajdonítható életmódbeli kockázati tényezőknek, mint például a dohányzás, az táplálkozási kockázatok, az alkoholfogyasztás és a mozgásszegény életmód. További 9 000 haláleset tulajdonítható a finom részecskék (PM_{2,5}) formájában jelentkező légszennyezésnek és az ózonnak való kitettségnek. Ezek az életmódbeli és környezeti kockázati tényezők együttesen a 2021-es magyarországi halálozások 35 %-áért voltak felelősek, ami magasabb a 29 %-os uniós átlagnál.

A magyar felnőttek és serdülőkoriak az EU-ban a leginkább dohányzók közé tartoznak

2019-ben a magyar felnőttek egynegyede dohányzott naponta – ez az egyik legmagasabb arány (25 %) az EU-ban. Az elmúlt két évtizedben a dohánytermékek fogyasztása Magyarországon lassabban csökkent, mint sok más EU-országban. A dohányzás arányában továbbra is jelentős nemek közötti különbség tapasztalható: a magyar férfiak közel egyharmada számolt be arról, hogy napi szinten dohányzik, míg a nőknél ez az arány körülbelül egyötöd.

A serdülőkoriak körében is magas a dohányzás aránya: 2022-ben a 15 évesek 30 %-a számolt be arról, hogy az elmúlt hónapban dohányzott – ez jóval meghaladja a 17 %-os uniós átlagot (7. ábra). Ezenkívül 33 % jelentette, hogy az elmúlt hónapban e-cigarettát szívott – ez a legmagasabb arány az EU-ban, ahol az átlagos arány 21 %.

7. ábra: A legtöbb életmódbeli kockázati tényező Magyarországon gyakoribb, mint más EU-országokban



Megjegyzések: Minél közelebb van a pont a központhoz, annál jobban teljesít az adott ország más uniós országokkal összevetve. Egyetlen ország sincs a fehér „célterületen” belül, ami azt jelzi, hogy minden országnak van még hová fejlődni minden területen.

Források: OECD számítások a HBSC 2022-es felmérése alapján a serdülőkoriak mutatói tekintetében; Eurostat az EU-SILC és az OECD Data Explorer alapján a felnőttek mutatói tekintetében (2022 vagy a legközelebbi rendelkezésre álló év), kivéve a dohányzást (EHIS 2019).

A túlzott alkoholfogyasztás népegészségügyi probléma

A magyar felnőttek átlagos alkoholfogyasztása 2022-ben 10,8 liter volt fejenként, ami enyhe csökkenést jelent 2010-hez képest, de még mindig magasabb az uniós átlagnál (9,8 liter). A 15 évesek 38 %-a számolt be arról, hogy életében több mint egyszer ittas (részeg) volt, ami jóval magasabb arány, mint az uniós átlag (23 %).

Az elhízottság (obezitás) egy másik jelentős népegészségügyi probléma Magyarországon

A 2022-es önbevalláson alapuló adatok szerint a magyar felnőttek 22 %-a volt elhízott – ez jóval meghaladja az EU 15 %-os átlagát. A testtömeg-index tényleges mérésén alapuló adatok még magasabb elhízási arányt jeleznek: 2019-ben a lakosság egyharmada (33 %) volt elhízott, ami növekedést jelent a 2009-es 29 %-hoz képest. Ez a tendencia különösen

aggasztó a férfiak körében: az elhízás prevalenciája 2009 és 2019 között 26 %-ról 36 %-ra emelkedett, míg a nők körében viszonylag stabil maradt. A túlsúly és az elhízottság aránya a serdülőkoriak körében is nőtt az elmúlt évtizedben, 2010-ben 15 %-ról 2022-ben 25 %-ra emelkedett, ami az egyik legmagasabb arány az EU-ban.

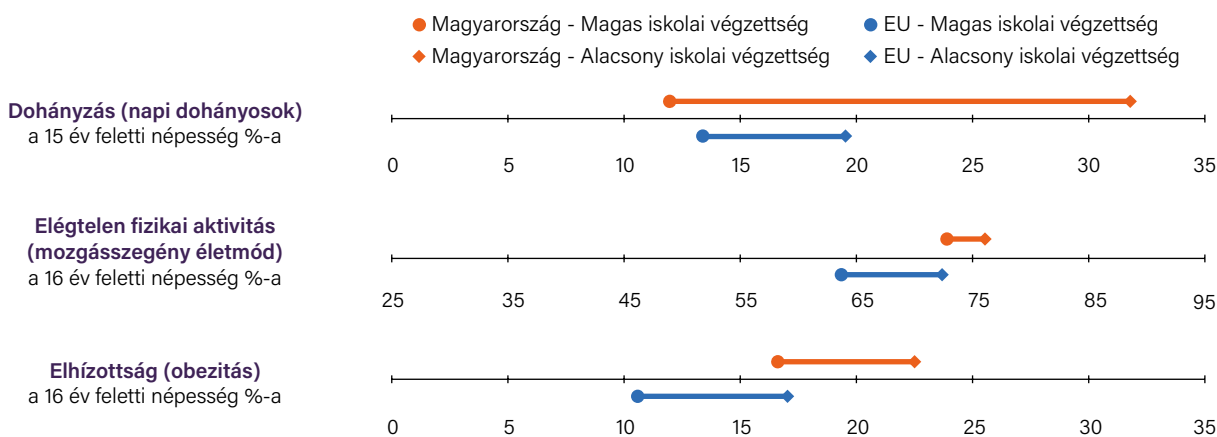
A rossz táplálkozási szokások részben magyarázzák a túlsúly és az elhízottság növekvő arányát Magyarországon. A napi gyümölcs- és zöldségfogyasztás aránya alacsony mind a felnőttek (41 % és 33 %), mind a serdülőkoriak (25 % és 28 %) körében. Ezenkívül a felnőttek 74 %-a arról számolt be, hogy 2022-ben hetente kevesebb, mint háromszor végzett testmozgást. Pozitívabb fejlemény, hogy a magyarországi serdülőkoriak testmozgás szintje magasabb az uniós átlagnál

(15 %): 2022-ben a 15 évesek 21 %-a számolt be arról, hogy naponta legalább 60 percet tölt testmozgással.

Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők jobban ki vannak téve az életmódbeli kockázati tényezőknek – különösen a dohányzásnak

Más EU-országokhoz hasonlóan Magyarországon is több életmódbeli kockázati tényező gyakoribb az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében, különösen a dohányzás esetében. 2019-ben az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező felnőttek 32 %-a számolt be arról, hogy napi szinten dohányzik, szemben a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők 12 %-ával – ez a különbség jóval nagyobb, mint az uniós átlag. Az elhízottság arányában is nagy az iskolai végzettségből adódó különbség (8. ábra).

8. ábra: A dohányzás arányában az iskolai végzettségi szint alapján mutatkozó különbség a legmagasabb az EU-ban



Megjegyzések: Az alacsony iskolai végzettségűek a lakosságból azok, akik legfeljebb alacsonyabb középfokú végzettséggel rendelkeznek (ISCED 0–2. szint), míg magas iskolai végzettségűek azok, akik felsőfokú végzettséggel rendelkeznek (ISCED 5–8. szint). Az elégtelen fizikai aktivitás (mozgásszegény életmód) azokat a személyeket jelenti, akik hetente háromszor vagy annál kevesebbszer végeznek testmozgást.
Források: Eurostat, az EHIS 2019 alapján a dohányzás tekintetében (hlth_ehis_sk1e) és az EU-SILC 2022 alapján a testmozgás és az elhízottság tekintetében (ilc_hch07b, ilc_hch10).

4 Az egészségügyi rendszer

Egyetlen egészségbiztosítási alap biztosítja a szinte teljes körű lefedettséget

A magyar egészségügyi rendszer erősen centralizált: 2022 óta a Belügyminisztérium a fő kormányzati szerv, amely az egészségügyi rendszerért felelős. Magyarországon a társadalombiztosítás rendszerében egyetlen egészségbiztosítási alap biztosítja az egészségbiztosítási rendszer működését. Ezt a Nemzeti Egységbiztosítási Alapkezelő (NEAK) kezeli, amely a lakosság mintegy 96 %-át biztosítja, így körülbelül 4 %-uknak nincs egyértelmű biztosítási státusza, például azoknak, akik külföldön dolgoznak, vagy akiknek nincs állandó lakcímük (lásd az 5.2. szakaszt).

Az egészségügyi szolgáltatásokat főként állami szolgáltatók nyújtják, az alapellátást pedig a helyi önkormányzatok felügyelik

A másodlagos és harmadlagos ellátás túlnyomórészt közellátás keretében biztosított, a felelősséget a települési önkormányzatok és a központi kormányzat osztja meg egymás között. A magánszolgáltatók szerepe csekély, bár számuk az utóbbi években nőtt. Az önkormányzatok felügyelik az alapellátás megszervezését, ahol a háziorvosi szolgáltatásokat elsősorban magánpraxisok nyújtják. A 2022 decemberében megkezdett reform azonban egyes feladatokat, például az alapellátási rendelők határainak meghatározását, a Országos Kórházi Főigazgatósághoz központosította. Ez a reform pénzügyi ösztönzőket is

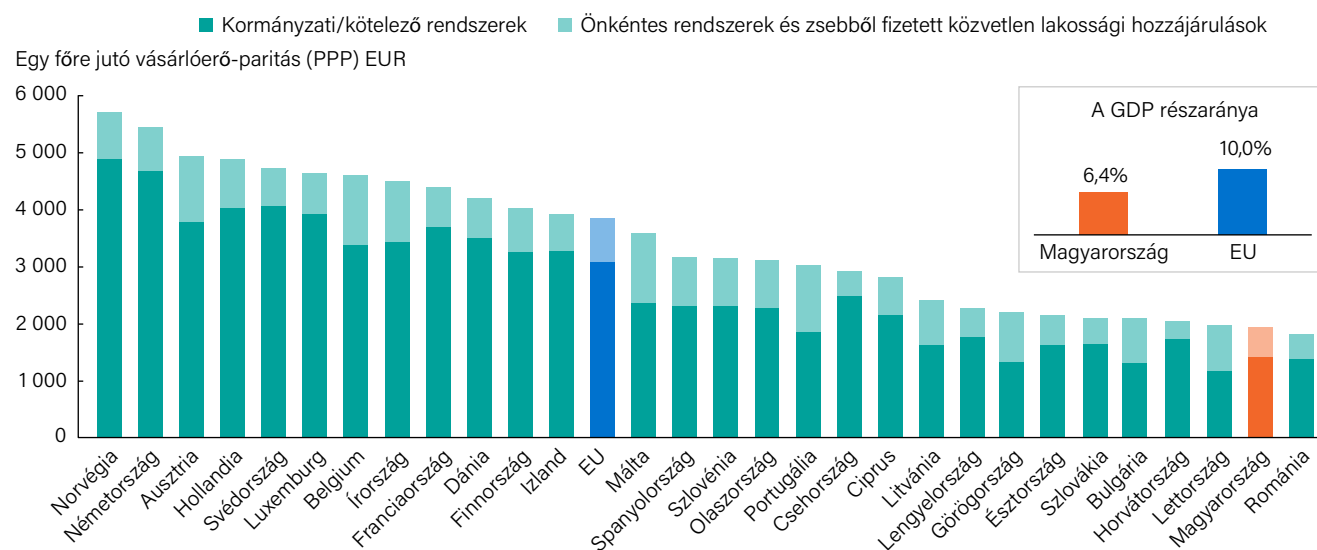
bevezetett a háziorvosok számára praxisközösségek létrehozása, a szolgáltatásnyújtás szervezésének javítása érdekében. Egyes önkormányzatok saját járóbeteg-ellátó intézeteket (szakrendelőket) is működtetnek, amelyek különböző orvosi szakterületeken nyújtanak ellátást.

Az egészségügyi kiadások Magyarországon növekednek, de még mindig az EU-ban a legalacsonyabbak közé tartoznak

Magyarország egészségügyi kiadásai az elmúlt két évtizedben fokozatosan nőttek, de az uniós átlaghoz képest továbbra

is viszonylag alacsonyok. 2023-ban Magyarország a GDP 6,4 %-át fordította egészségügyre, ami alacsonyabb az EU 10,0 %-os átlagánál. Sok más EU-országhoz hasonlóan, a COVID-19-járvány idején bekövetkezett egészségügyi kiadások emelkedését követően Magyarországon is sor került az egészségügyi kiadások kiigazítására, amelyek így 2021 és 2023 között reálértékben átlagosan 4,3 %-kal csökkentek. Egy főre vetítve Magyarország 2023-ban 1 925 eurót költött (a vásárlóerő-különbségekkel kiigazítva), ami körülbelül fele az uniós átlagnak, amely 3 832 euró (9. ábra).

9. ábra: Magyarország az uniós átlagnál lényegesen kevesebbet költ egészségügyre



Megjegyzések: PPP = vásárlóerő-paritás. Az uniós átlag súlyozott (az OECD számítása alapján).

Forrás: OECD Data Explorer (DF_SHA); Eurostat (demo_gind); az adatok 2023-ra vonatkoznak.

Az állami finanszírozás az elmúlt években fokozatosan nőtt, és 2023-ban a folyó egészségügyi kiadások 74 %-át tette ki, ami alacsonyabb a 80 %-os uniós átlagánál. Következésképpen a magánegészségügyi kiadások jelentős szerepet játszanak, az egészségügyi kiadások 26 %-át teszik ki. Ebből 23 % a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulásokból származik, ami jóval meghaladja a 16 %-os uniós átlagot. A háztartásokat jelentősen terhelő zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás főként a gyógyszerekre, járóbeteg-ellátásra és fogászati ellátásra fordított kiadásokból származnak (lásd az 5.2. szakaszt). Az önkéntes egészségbiztosítás kis szerepet játszik az egészségügyi rendszerben (az egészségügyi kiadások 3 %-át teszi ki).

Történeti előzményekre vezethető vissza a paraszolvencia elleni küzdelem Magyarországon. A kormány 2021-től kezdődő hároméves időszakban több mint kétszeresére emelte az orvosok fizetését, és – a kis értékű ajándékok kivételével – nevesítetten büncselekménnyé nyilvánította a paraszolvencia nyújtását és elfogadását. Ezen túlmenően a magyarországi Helyreállítási és Ellenállóképességi Terv keretében uniós forrásokat is fordítottak olyan intézkedésekre, amelyek célja a paraszolvencia gyakorlatának felszámolása.

A gyógyszerek jelentős részét teszik ki Magyarország egészségügyi kiadásainak

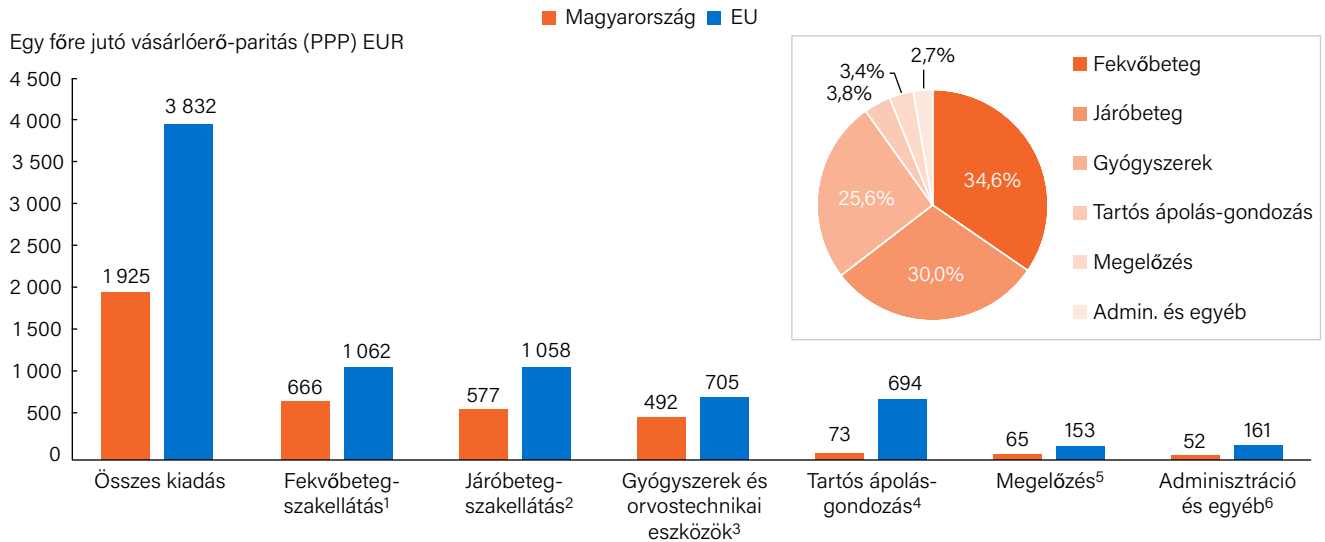
Egy főre vetítve Magyarország az összes egészségügyi kiadási kategóriában kevesebbet költ, mint az uniós-átlag (10. ábra). 2023-ban a fekvőbeteg-ellátás Magyarország egészségügyi kiadásainak 35 %-át tette ki, ami meghaladja a 28 % uniós átlagot. Ugyanakkor a járóbeteg-ellátás 30 %-ot tett ki, ami magasabb a 28 %-os uniós átlagánál. Magyarországon a viszonylag alacsony egészségügyi összkiadás mellett a gyógyszerekre és orvostechnikai eszközökre fordított kiadások jelentős részt, 26 %-ot tesznek ki, ami magasabb a 18 %-os uniós átlagánál. A megelőzésre fordított kiadások alacsonyok maradtak, 3 %-ot tettek ki, ami elmarad a 4 %-os uniós átlagtól.

A legtöbb orvos szakorvosként, illetve jellemzően kórházi környezetben dolgozik

2023-ban Magyarországon 1 000 lakosra 5,5 ápoló jutott¹, ami jóval alacsonyabb az uniós átlagnál (1 000 lakosra 8,5). Az orvosok száma 1 000 lakosra 3,6 volt, ami szintén alacsonyabb az uniós átlagnál (1 000 lakosra 4,3) (11. ábra). A magyarországi orvosok közül 2023-ban körülbelül 12,4 % volt háziorvos, míg az uniós átlag 19,9 % volt, ami

¹ A magyarországi ápolókra vonatkozó adatok minden ápolói kategóriát magukban foglalnak (nem csak azokat, amelyek megfelelnek a szakmai képesítések elismeréséről szóló uniós irányelvnek, az Eurostat jelzése alapján).

10. ábra: Magyarország egy főre vetítve az uniós átlag felé fordítja megelőzésre



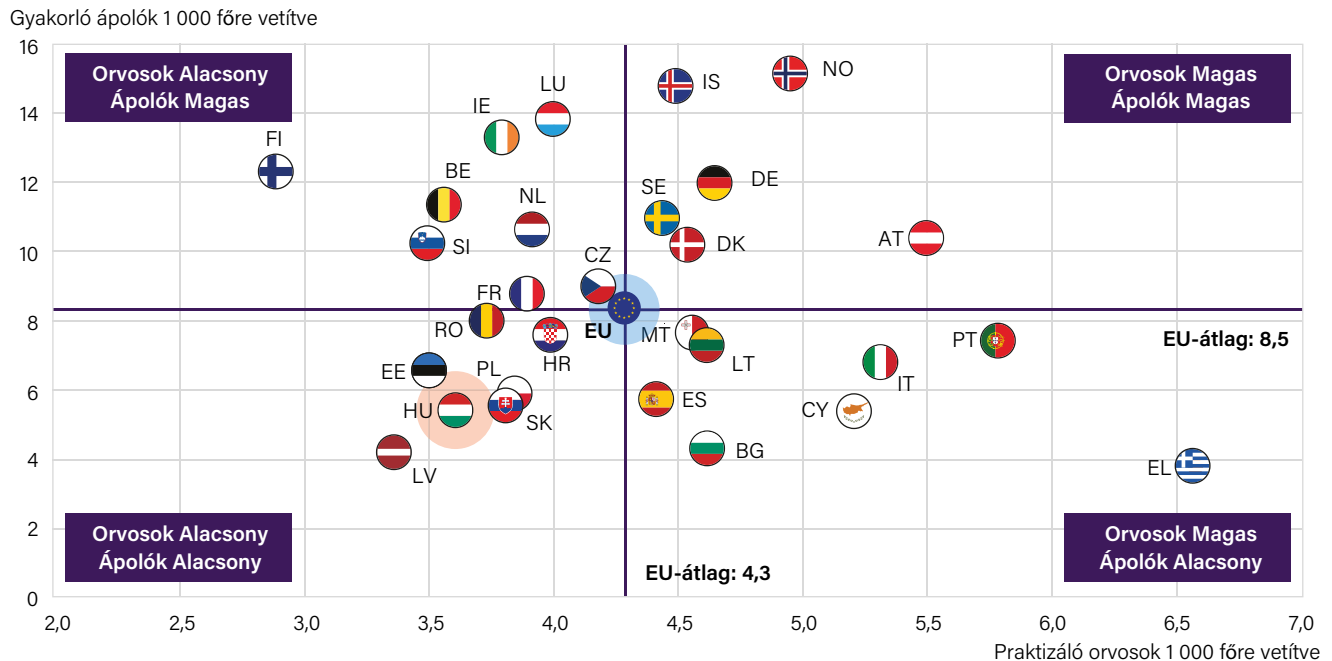
Megjegyzések: 1. Magában foglalja a kórházakban és más intézményekben nyújtott gyógyító-rehabilitációs ellátást; 2. Magában foglalja az otthoni ápolás-gondozást és a kiegészítő szolgáltatásokat (pl. betegszállítás); 3. Csak a járóbeteg-ellátási piacot tartalmazza; 4. Csak az egészségügyi komponenst foglalja magában; 5. Csak a szervezett megelőzési programokra fordított kiadásokat foglalja magában; 6. Magában foglalja az egészségügyi rendszer irányítását és igazgatását, valamint egyéb kiadásokat. Az uniós átlag súlyozott (az OECD számítása alapján).

Forrás: OECD Data Explorer (DF_SHA); Az adatok 2023-ra vonatkoznak.

rávilágít arra, hogy a legtöbb orvos a családorvoslás helyett más szakterületet választ, vagy kórházi környezetben dolgozik. Ráadásul Magyarországon az orvosok földrajzi eloszlása egyenetlen, ami korlátozza a vidéki térségekben az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést (European Commission, 2025).

Sok más EU-tagállamhoz hasonlóan Magyarország is tartós kihívásokkal szembesül az egészségügyi dolgozók megtartása terén, akik jobb fizetés és munkakörülmények reményében külföldre vándorolhatnak, vagy a bővülő magánszektorba léphetnek át. A magyar egészségügyi szakemberek gyakran több állást is betöltenek az állami szektorban, illetve az állami

11. ábra: Magyarországon az ápolók és az orvosok sűrűsége alacsonyabb az uniós átlagnál



Megjegyzések: Az uniós átlag nem súlyozott. Az ápolókra vonatkozó adatok az ápolók valamennyi kategóriáját tartalmazzák (nem csak azokat, akik megfelelnek a szakmai képesítések elismeréséről szóló uniós-irányelvnek). Portugáliában és Görögországban az adatok a praktizálásra engedélyt kapó minden orvosra vonatkoznak, ami a praktizáló orvosok számának jelentős túlbecslését eredményezi. Görögországban az ápolók száma alulbecsült, mivel csak a kórházi dolgozókat tartalmazza.

Forrás: OECD Data Explorer (DF_PHYS, DF_NURSE); az adatok 2023-ra vagy a legközelebbi rendelkezésre álló évre vonatkoznak.

és a magán szektorban vegyesen. A kormány az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és ápolók megtartásának érdekében többek között fokozatos béremeléseket vezetett be

(2021 óta), valamint a jó teljesítményért akár 40 %-os jutalmat is biztosít (2022 óta). 2024. március 1-jétől az egészségügyi szakemberek alapfizetése átlagosan 20 %-kal emelkedett.

5 Az egészségügyi rendszer teljesítménye

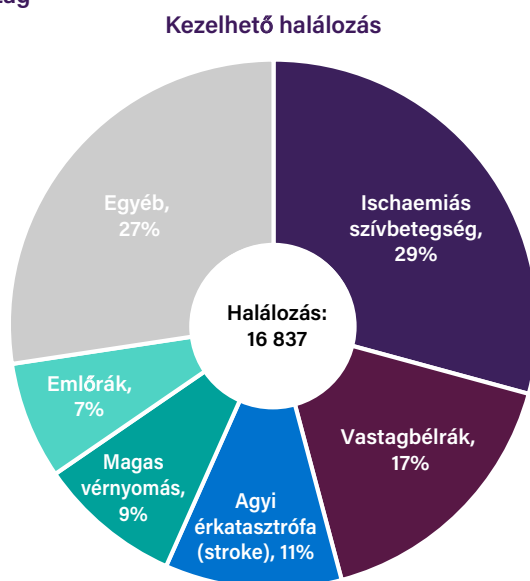
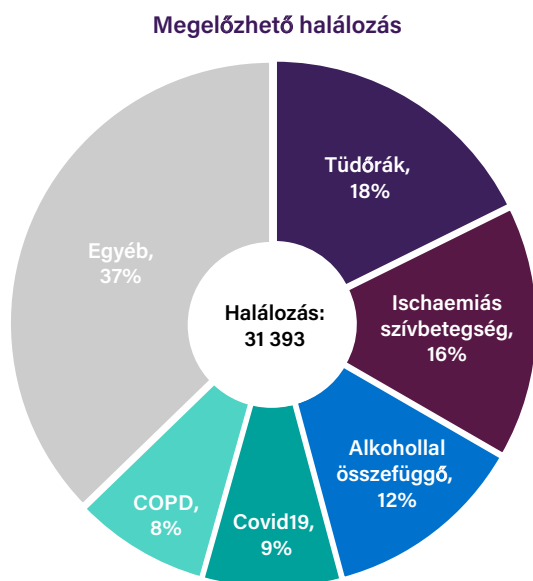
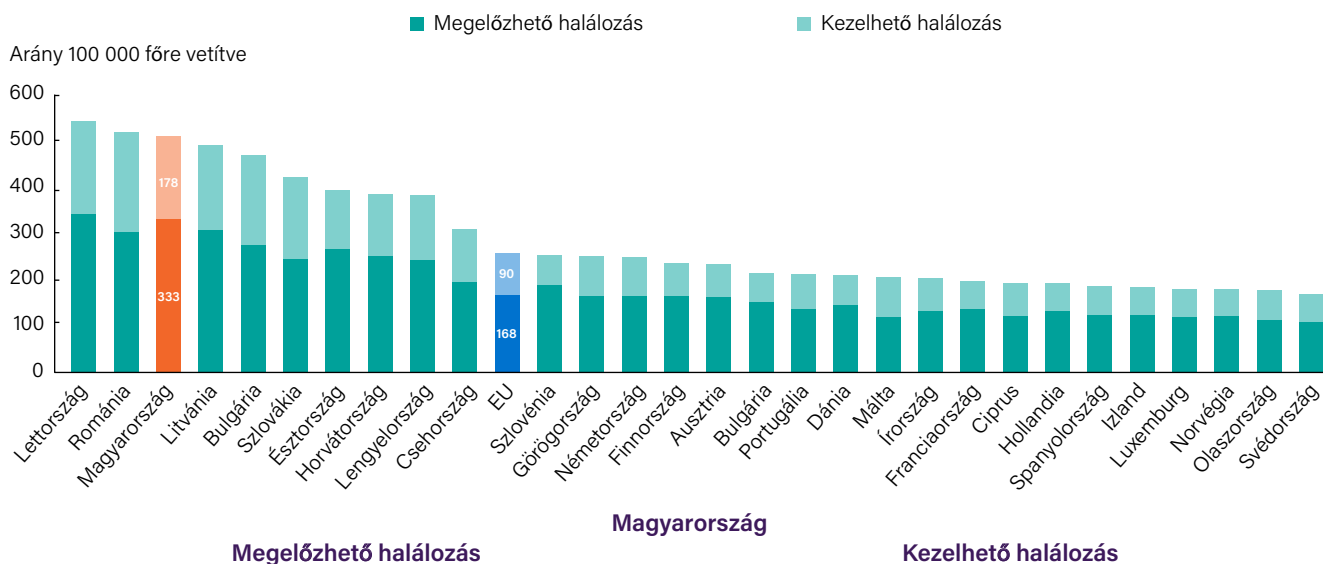
5.1 Eredményesség

Az elmúlt évtizedben szerény előrelépés történt a megelőzhető halálozás arányának javításában

A megelőzhető idő előtti halálozások aránya Magyarországon az idővel csökkent, és 2019-ben elérte 100 000 lakosra

vetítve a 315 halálesetet. 2020-ban az arány drasztikusan emelkedni kezdett – ami részben azzal magyarázható, hogy attól az évtől kezdve a megelőzhető halálozási statisztikákba beletartoznak a COVID-19-hez köthető halálesetek is – és 2021-ben elérte 100 000 lakosra vetítve a 452 halálesetet. Azóta ismét csökkenni kezdett, és 2022-ben 100 000 lakosra vetítve 333 halálesettel majdnem a világjárvány előtti szintre

12. ábra: A megelőzhető halálozás aránya Magyarországon továbbra is jóval az uniós átlag felett van



Megjegyzések: A megelőzhető halálozás az a halálozás, amelyet főként népegészségügyi és elsődleges prevenciók beavatkozásokkal el lehetett volna kerülni. A kezelhető halálozás az a halálozás, amelyet főként egészségügyi beavatkozásokkal, többek között szűréssel és kezeléssel el lehetett volna kerülni. Mindkét mutató a korai (75 év alatti) halálra vonatkozik. A listák egyes betegségekből (pl. ischaemiás szívbetegség, stroke, cukorbetegség és magas vérnyomás) eredő halálesetek felét a megelőzhető halálozások közé sorolják, másik felét pedig a kezelhető okoknak tulajdonítják, így ugyanazt a halálesetet nem számolják kétszer. A COPD a krónikus obstruktív tüdőbetegség utal.

tért vissza. Ennek ellenére a megelőzhető halálozási arány továbbra is az EU-ban a legmagasabbak között van. A tüdőrák (18 %), az ischaemiás szívbetegség (16 %) és az alkohollal összefüggő betegségek (12 %) voltak a három vezető okai a megelőzhető halálozásoknak 2022-ben (12. ábra). Az EU-n belül továbbra is Magyarországon a legmagasabb a tüdőrák okozta megelőzhető halálozások prevalenciája – ez a tendencia szorosan összefügg az ország magas dohányzási arányával (lásd a 3. szakaszt).

A kezelhető idő előtti halálozás három fő oka 2022-ben az ischaemiás szívbetegség (29 %), a vastagbélrák (17 %) és a stroke (11 %) volt. Ezek olyan halálos esetek, amelyek alapvetően egészségügyi beavatkozásokkal, többek között szűréssel és kezeléssel elkerülhetők lennének. A megelőzhető halálozáshoz hasonlóan a kezelhető okokból bekövetkező halálos esetek aránya is viszonylag magas Magyarországon. Bár az arány 2012-ben 100 000 lakosra vetítve 193 halálos eset volt, ami 2022-ben 178-ra csökkent, ez azonban közel kétszerese az uniós átlag szerinti 100 000 lakosra vetített 90 halálos esetnek.

Magyarországon pilot prevenció program keretében teszik lehetővé a háziorvosok által testmozgás receptre felírását

2019-ben az egészségügyi megelőzés (prevenció) javítása érdekében az emberi erőforrások minisztere öt országos egészségügyi programot indított el a 2019–2022-es időszakra, amelyek a gyermekek egészségére, a keringési betegségekre, a mentális egészségre, a mozgásszervi rendellenességekre és a rákos megbetegedésekre vonatkoznak. Ezenkívül 2023-ban közzétették a 2023–2030-as nemzeti népegészségügyi stratégiát is.

2024 májusában elindult a Mozgás Receptre Program, amely a 2016-ban népegészségügyi programként bevezetett, szélesebb körű Aktív Magyarország kezdeményezés része. A programot 30 önkormányzat pilot formában teszteli, és a népegészségügyi termékadó egy meghatározott részéből finanszírozzák (Medical Online, 2024a). A program lehetővé teszi a háziorvosok számára, hogy testmozgást írjanak fel az

életmóddal összefüggő betegségek megelőzése és kezelése, valamint az aktív életmód népszerűsítése érdekében. Az önkormányzatok népszerűsítik a háziorvosok és a lakosság körében a programot, és együttműködnek a helyi sportlétesítményekkel, hogy ingyenes mozgási lehetőségeket kínáljanak a recepttel rendelkező pácienseknek.

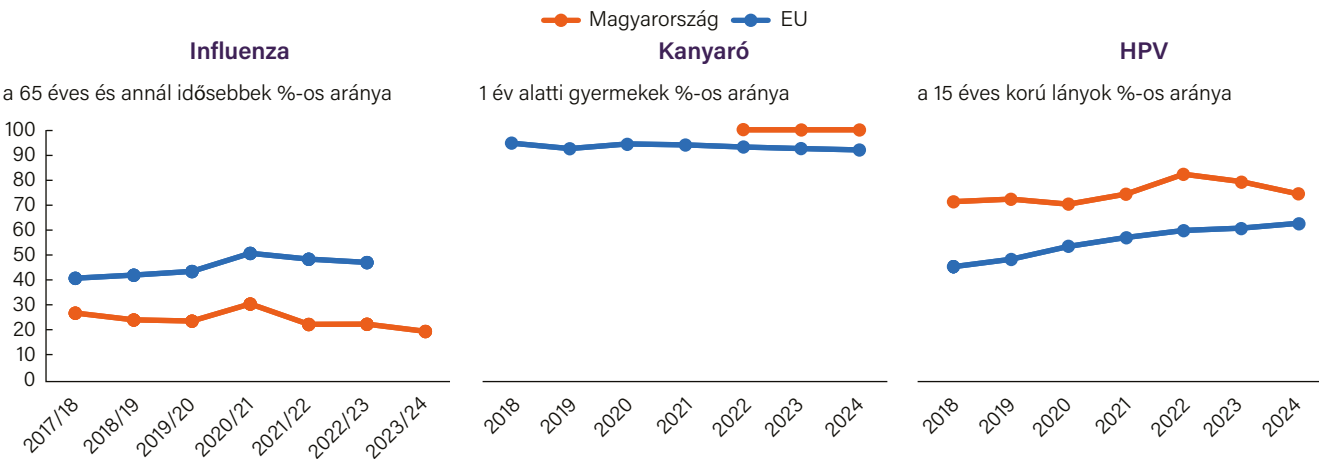
A kanyaró és a humán papillomavírus elleni immunizációs arányok magasabbak az uniós átlagnál

Magyarországon életkorhoz kötött kötelező védőoltási program működik bizonyos betegségek ellen gyermekek és felnőttek számára. A kanyaró elleni immunizációs arány Magyarországon magas és az uniós átlag felett marad; 2022 óta a célpopuláció közel 100 %-a kapta meg az első adag oltást.

Magyarországon a 12–13 éves lányok (2014 óta) és fiúk (2020 óta) szülei önkéntesen kérhetik gyermekeik számára ingyenes humán papillomavírus (HPV) elleni oltást. A nemzeti adatok szerint 2024-ben a 12–13 éves lányok 81 %-a és a fiúk 76 %-a kapott oltást (Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, 2025). A nemzetközi adatok szerint a 15 éves lányok körében az ajánlott HPV-oltás adagokat megkapók aránya a 2018-as 72 %-ról 2022-re 83 %-ra nőtt. Bár az immunizációs arány 2024-ben 75 %-ra csökkent, továbbra is jóval az uniós átlag felett van (13. ábra).

A 65 év felettiek körében az influenza elleni oltottsági arány a 2017/18-as téli szezonban mért 27 %-ról 2022/23-ra fokozatosan 22 %-ra csökkent, ami jóval az uniós átlag (47 %) alatt volt. Magyarországon az influenzaoltás a nemzeti immunizációs program részeként ingyenes ezen magasabb kockázatú csoport számára. Bár a COVID-19 utáni belefáradás és a vakcinával szembeni bizalmatlanság is szerepet játszhat, egy tanulmány, amely a pandémiát megelőzően Magyarországon már csökkenő influenzaoltási arányokat vizsgált, néhány fontos tényezőt azonosított, amelyek hozzájárulnak a 65 év felettiek körében az influenzaoltás felvételének magasabb arányához, ezek többek között a

13. ábra: Magyarország influenza elleni immunizációs aránya az uniós átlag alatt van, míg a kanyaró és a humán papillomavírus elleni immunizációs arány magasabb



Megjegyzés: Az uniós átlag az influenza esetében súlyozott (az Eurostat számítása alapján), a kanyaró és a HPV esetében pedig az átlag nem súlyozott.
 Források: Eurostat (hlth_ps_immu) és WHO/UNICEF közös jelentési úrlap az immunizációról (JRF).

magasabb iskolai végzettség, a partner megléte, a rendszeres éves orvosi kontrollok és a társbetegségek (Szöllősi et al., 2022).

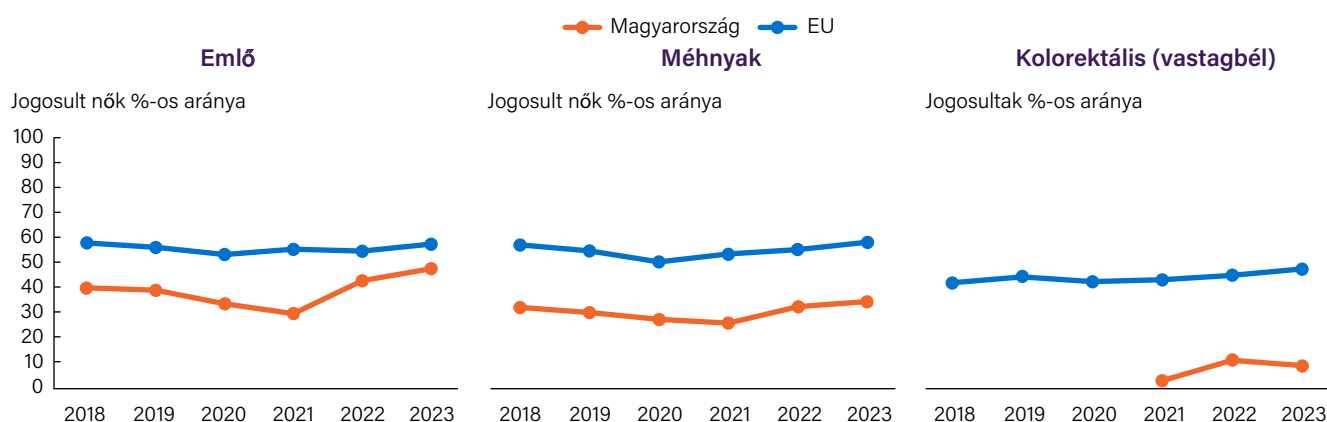
A nemzeti népegészségügyi stratégia részeként országszerte bevezetésre kerül egy vastagbélrák szűrőprogram

A mell- és méhnyakrák szűrési aránya Magyarországon a COVID-19-járvány előtt csökkenő tendenciát mutatott, és továbbra is az uniós átlag alatt maradt. Bár 2006-ban az 50–69 éves magyar nők 49 %-a vett részt az előző két évben mellrákszűrésen, 2019-re ez az arány 39 %-ra csökkent, és a járvány idején tovább csökkent, 2021-ben elérve a 30 %-ot. 2022 óta azonban az arány emelkedett, és 2024-ben elérte a 49 %-ot. A 20–69 éves nők méhnyakrákszűrési aránya is kissé

emelkedett a világjárvány óta, a 2021-es 26 %-ról 2024-ben 36 %-ra (14. ábra).

A vastagbélrák szűrési programban való részvételi arány 2023-ban a 50–74 éves férfiak és nők körében csak 9 % volt (a program adatai alapján) – ez a legalacsonyabb arány a jelentéstevő országok között. 2018-ban a magyar kormány és az Európai Szociális Alap finanszírozásával kétéves vastagbélrákszűrési pilot programot indítottak a 50–70 évesek számára. A részvételi arány növelése érdekében a pilot programot országos szűrési programként szervezték, a nemzeti népegészségügyi stratégia részeként, és 2025 januárjától fokozatosan vezették be az egész országban (Medical Online, 2024b). A Nemzeti Rákellenes Program más kezdeményezéseket is felvázol a rákellenes szűrési tevékenységek erősítésére (1. háttérmagyarázat).

14. ábra: A mell- és méhnyakrák szűrési aránya a világjárvány után ismét emelkedni kezdett



Megjegyzések: Minden adat a program dátumára vonatkozik. Az uniós átlag nem súlyozott.

Források: OECD Data Explorer (DF_KEY_INDIC) és Eurostat (hlth_ps_prev).

1. háttérmagyarázat: Folyamatban vannak lakossági rákszűrő programok kiterjesztésére és hatékonyságának javítására irányuló kezdeményezések

A magyar Nemzeti Rákellenes Program (2018–2030) számos, a rákkezeléssel kapcsolatos intézkedést határoz meg, többek között emlő-, méhnyak- és vastagbélrák lakossági szűrőprogramok hatékonyságának javítását. Emellett kiterjeszti a lakossági szűrési szolgáltatások körét az alacsony dózissú komputertomográfias tüdőrákszűrés bevezetésével (OECD/ European Commission, 2025). Ezenkívül Méhnyakrák Eliminációs Bizottságot hoztak létre az egyértelmű kommunikáció támogatása, az elsődleges és másodlagos prevenció erősítése és a hozzáférés javítása érdekében.

A Nemzeti Rákellenes Program megvalósításának elősegítése érdekében 2023-ban a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ munkacsoportot hozott létre, amelynek feladata a rákellenes szűrés hatékonyságának és eredményességének javítását célzó reformok kidolgozása. Az ajánlások között szerepel, hogy a 30–65 éves nőket ötévente HPV-alapú vizsgálatra hívják (miközben a 25–28 éves nőket citológiai szűrésre hívják), valamint hogy vizsgálják meg tüdő-, gyomor- és prosztaták megelőző szűrési programok elindításának lehetőségét is. A szájüregi onkológiai szűrést 2022 óta végzik alkalmasszerű szűrésként, fogászati higiénikusok részvételével, a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ szervezésében.

Magyarország az EU Technikai Támogatási Eszköz programból kap támogatást egy új finanszírozási és klinikai irányítási modell kidolgozásához

Az elkerülhető kórházi felvételek magas száma miatti hazai törekvések elvezettek az alapellátás javítását és a krónikus

obstruktív tüdőbetegségben (COPD) szenvedő betegek kórházi tartózkodása időtartamának csökkentését célzó kezdeményezésekhez. Az EU Technikai Támogatási Eszköze által támogatva Magyarország új finanszírozási és klinikai irányítási modellt dolgoz ki, beleértve a köteget finanszírozás

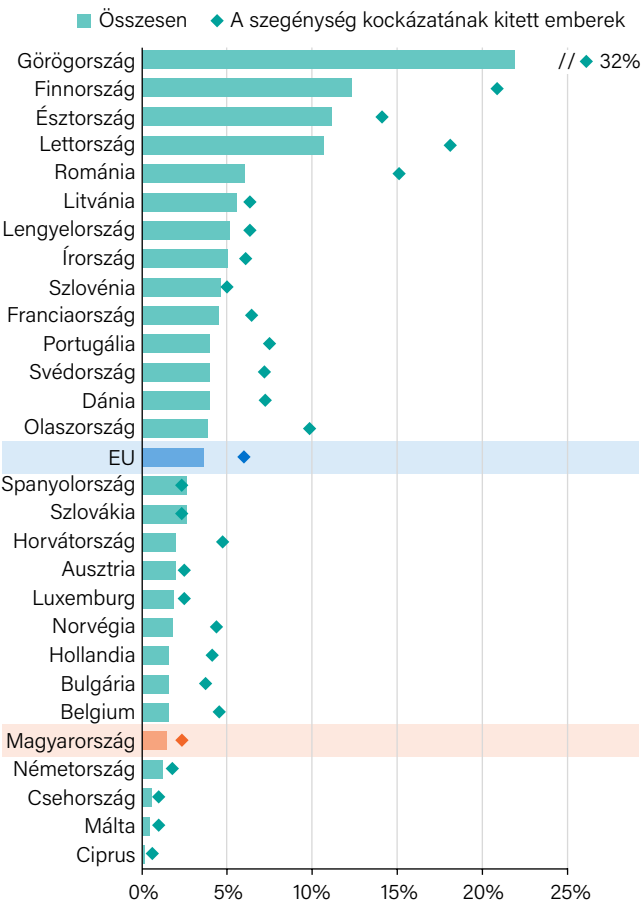
alkalmazásának vizsgálatát pilot projektek keretében. Ezek a kezdeményezések még folyamatban vannak, és 2026-ig meghosszabbították őket (Margit et al., 2025). Ezzel párhuzamosan zajlik az alapellátás egyéni praxisokról praxisközösségek irányába való újragondolása, amelynek célja a járóbeteg-ellátás kapacitásának megerősítése és fejlesztése (lásd 5.3. szakasz).

5.2 Hozzáférhetőség

A magyarok viszonylag kevés kielégítetlen egészségügyi szükségleteiről számolnak be az orvosi és fogászati ellátás terén

Az EU-SILC felmérés szerint az egészségügyi ellátásra szoruló magyarok 1,4 %-a számolt be arról, hogy 2024-ben a költségek, az utazási távolság vagy a várakozási idő

15. ábra: A szegénység kockázatának kitett magyarok több kielégítetlen egészségügyi szükségletéről számolnak be



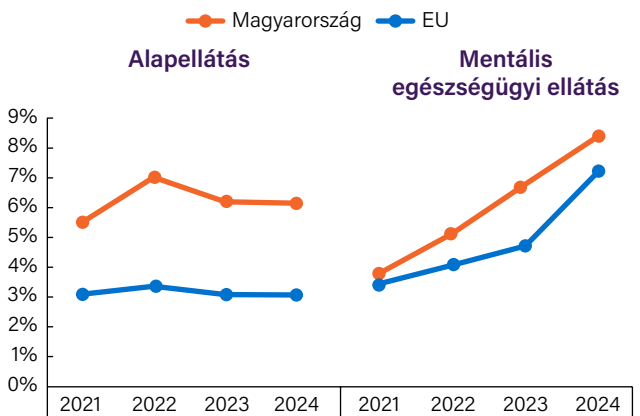
Megjegyzések: Az uniós átlag súlyozott. Az adatok csak azokra az egyénekre vonatkoznak, akik egészségügyi szükségleteiről számoltak be. A szegénység kockázatának kitett személyek azok, akiknek az ekvivalens rendelkezésre álló jövedelme nem éri el a nemzeti medián rendelkezésre álló jövedelem 60 %-át.
Forrás: Eurostat (hlth_silc_08b); az adatok 2024-re vonatkoznak.

miatt orvosi vizsgálatra irányuló, kielégítetlen egészségügyi szükséglete volt – ez az arány alacsonyabb az uniós átlagnál (3,6 %). Más uniós országokhoz hasonlóan a szegénység kockázatának kitett emberek körében magasabb az önbevallás alapján kielégítetlen egészségügyi szükségletek aránya (15. ábra). Ugyanez a kép rajzolódik ki a fogászati vizsgálatokra irányuló kielégítetlen egészségügyi szükségletek tekintetében is. 2024-ben a fogászati ellátásra szoruló magyarok 1,5%-a számolt be fogászati vizsgálatra irányuló kielégítetlen egészségügyi szükségleteiről, ami szintén alacsonyabb az uniós átlagnál (6,4%). A szegénység kockázatának kitett magyarok körében a kielégítetlen fogászati szükségletek aránya 5,0% volt, ami jelentősen alacsonyabb az uniós átlagnál (14,3%).

A mentális egészségügyi ellátásra irányuló kielégítetlen szükségletek a pandémia óta folyamatosan növekednek Magyarországon

Annak ellenére, hogy az EU-SILC felmérésben viszonylag alacsony mértékben számoltak be kielégítetlen egészségügyi szükségleteiről, az egyes ellátási területek vizsgálata árnyalja ezt a képet. Az Eurofound „Élet és munka az EU-ban” felmérése² szerint a mentális egészségügyi ellátás terén a kielégítetlen szükségletek mértéke Magyarországon 2021 és 2024 között folyamatosan nőtt. A mentális egészségügyi ellátásra irányuló kielégítetlen szükségletekről beszámoló felnőttek aránya a 2021-es 3,8 %-ról 2024-ben 8,4 %-ra nőtt (16. ábra), ami rámutat a COVID-19-járvány lehetséges hosszabb távú hatásaira. Az alapellátásra irányuló kielégítetlen szükségletekről beszámoló felnőttek aránya is nőtt, a 2021-es 5,5 %-ról 2022-ben 7,0 %-ra, és bár azóta 2024-ben 6,1 %-ra csökkent, továbbra is az uniós átlag felett maradt.

16. ábra: A magyar felnőttek az uniós átlagnál több kielégítetlen szükségletéről számolnak be az alapellátás és a mentális egészségügyi ellátás terén



Megjegyzés: Az alapellátás magában foglalja a háziorvoshoz/ családorvoshoz vagy egészségügyi központhoz való hozzáférést.
Forrás: Eurofound „Élet és munka az EU-ban” felmérés (2025).

² Az Eurofound felmérés adatai módszertani különbségek miatt nem összehasonlíthatóak az EU-SILC felmérés adataival.

A közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatások igénybevételének jogosultsága lakóhelyhez és kötelező járulékfizetéséhez kötött

A közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultság a magyarországi lakóhelyen (azaz legalább 12 hónapja állandó bejelentett lakóhellyel rendelkező személyek) és a kötelező járulékok a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapba való befizetésén alapul. Következésképpen az állandó lakcímmel nem rendelkező személyek – főként alacsony jövedelmű külföldi lakosok és etnikai kisebbségekhez tartozó személyek – nem tudnak ezen az alapon szolgáltatást igénybe venni (WHO Európai Regionális Iroda, 2025). A közfinanszírozott ellátásra jogosult lakosok négy kategória egyikébe tartoznak: kötelező járulékfizetés alapján biztosított, gazdaságilag aktív személyek; valamilyen állami intézményi hozzájárulás által biztosított személyek, például a 18 év alatti gyermekek; nemzetközi megállapodások révén biztosított személyek; valamint egészségügyi szolgáltatási járulékfizetés (havonta befizetett átalányjárulék) alapján biztosított személyek.

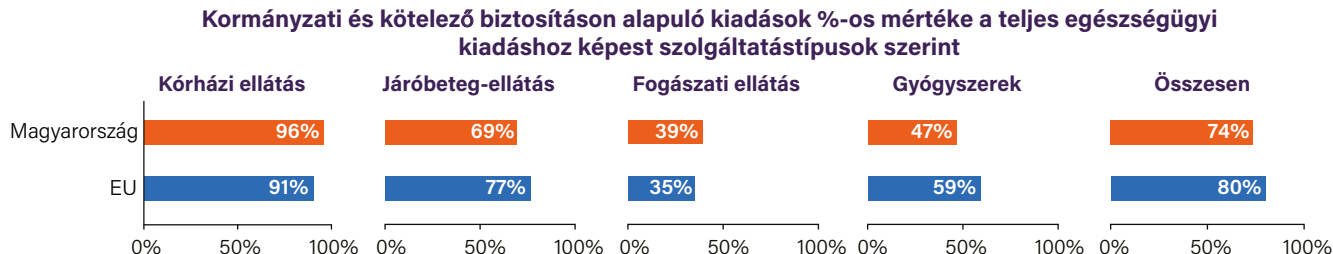
A menekültek, a kiegészítő vagy humanitárius védelem alatt álló személyek (oltalmazottként vagy befogadottként), valamint az ideiglenes védelemre jogosultak, menedékeseként (azaz menekülökként védelmet kérők) jogosultak egy korlátozott egészségügyi ellátási csomagra (beleértve bizonyos alapellátást, járóbeteg-ellátást, fekvőbeteg-ellátást

és speciális ellátást) ingyenesen, státuszuk elismerésének napjától számított első hat hónapban. Hat hónap elteltével a lakosságra irányadó társadalombiztosítási szabályok szerint jogosultak az igénybevehető ellátásokra (WHO Európai Regionális Iroda, 2025).

A szolgáltatási csomag átfogó, de vannak nem fedezett szolgáltatások a gyógyszerészeti és fogászati ellátásban

Jogi vagy tartózkodási státusztól, illetve járulékfizetéstől függetlenül Magyarországon mindenki jogosult egyes, meghatározott közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatásra, ideértve fertőző betegségek megelőzését célzó ellátásokat, a sürgősségi szállítást és 31 betegség, állapot sürgősségi ellátását (WHO Európai Regionális Iroda, 2025). A kötelező társadalombiztosítási rendszerben igénybevehető szolgáltatási csomagra jogosultak széles körű egészségügyi szolgáltatásokhoz és gyógyszerekhez férhetnek hozzá. A fogászati ellátás és a gyógyszerek azonban nem teljes mértékben fedezettek. 2023-ban a gyógyszerek 47 %-át fedezte a közfinanszírozott egészségbiztosítási rendszer, ami viszonylag alacsony az 59 %-os uniós átlagához képest (17. ábra). A közfinanszírozott járóbeteg-ellátás aránya (69 %) szintén alacsonyabb az uniós átlagnál (77 %), míg a kórházi ellátás és a fogászati ellátás esetében Magyarország ez az arány meghaladja az uniós átlagot.

17. ábra: Magyarország gyógyszerellátásra fordított kiadásai alacsonyabbak az uniós átlagnál



Megjegyzések: A járóbeteg-ellátási szolgáltatások elsősorban az általános orvosok és szakorvosok által a járóbeteg-ellátási rendszer keretében nyújtott szolgáltatásokat jelentik. A gyógyszerek közé tartoznak a vényköteles és vény nélkül kapható gyógyszerek, valamint az orvosi fogyóeszközök (nem tartós gyógyászati célú fogyasztási cikkek). Az uniós átlag súlyozott.

Forrás: OECD Data Explorer (DF_SHA); az adatok 2023-ra vonatkoznak.

A magas térítési díj domináns a gyógyszerekért zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulásokat illetően

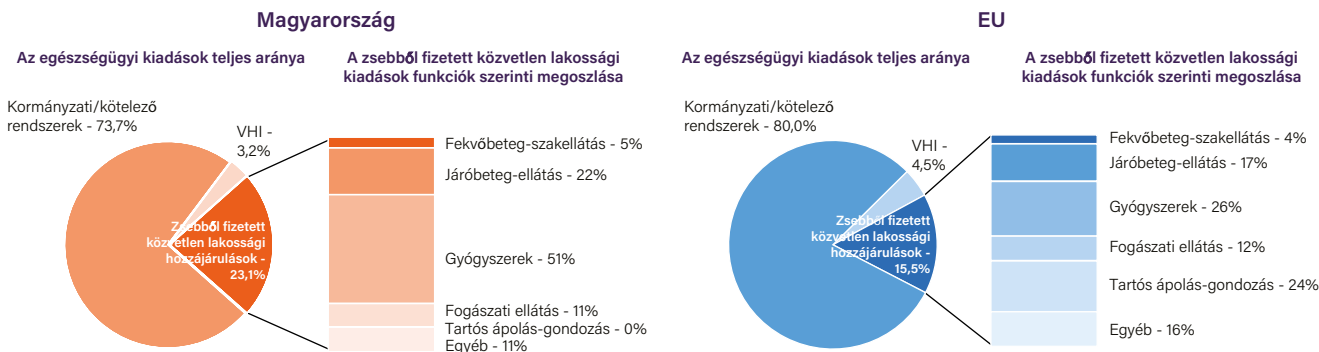
2023-ban a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások a magyarországi egészségügyi kiadások 23 %-át tették ki, ami jóval meghaladja a 16 %-os uniós átlagot. A zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások legnagyobb részét a járóbeteg-ellátáshoz kapcsolódó gyógyszerek tették ki (51 %), amit döntően a térítési díj magas aránya eredményez (lásd a 6. szakaszt). A gyógyszerekre fordított zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások felelősek a háztartások által elszenvedett katasztrófális egészségügyi kiadások mintegy háromnegyedéért (WHO

Európai Regionális Iroda, 2025).³ A magánszolgáltatóknak fizetett kiadásként a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulásoknak a járóbeteg-ellátás a 22 %-át, a fogászati ellátás pedig 11 %-át tette ki (18. ábra).

Térítési díj fizetési kötelezettség vonatkozik a járóbeteg-ellátásban felírt gyógyszerekre, orvosi termékekre, egyes fogászati kezelésekre és bizonyos fekvőbeteg-ellátási szolgáltatásokra, például a tartós ápolásra. A szociálisan hátrányos helyzetű és/vagy súlyos krónikus betegségben szenvedő személyek egy speciális támogatási rendszer révén (közgyógyellátás) – havi 12 000 forint (30 euró) összegű meghatározott költségkereten belül – mentesülnek a térítési díj megfizetésének kötelezettsége alól.

³ A katasztrófális kiadásoknak értelmezve a háztartásokat terhelő zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulásokat, amelyek meghaladják a háztartások teljes – a létfenntartási szükségletek (azaz élelmiszer, lakhatás és közüzemi szolgáltatások) levonása utáni – kiadásainak a 40 %-át.

18. ábra: Magyarországon a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások elsősorban gyógyszerekre és járóbeteg-ellátásra fordítódnak



Megjegyzések: A VHI (Voluntary Health Insurance) az önkéntes egészségbiztosítást jelenti, amely magában foglalja az egyéb önkéntes előlegfizetési rendszereket is. Az uniós átlag súlyozott.

Forrás: OECD Data Explorer (DF_SHA); az adatok 2023-ra vonatkoznak.

Magyarország lépéseket tesz a járóbeteg-ellátáshoz való hozzáférés javítására

A magyar nemzeti e-egészségügyi infrastruktúra (EESZT) keretében 2017 óta működik egy digitális időpontfoglalási rendszer. 2025 márciusában új szabályokat vezettek be, amelyek pénzügyi ösztönzőket kínálnak azoknak a járóbeteg-ellátást nyújtó szolgáltatóknak, amelyek meghatározott képalkotó eljárásokat végeznek, hogy növeljék a foglалási rendszer használatát. A cél a digitális időpontfoglalási rendszer hatékonyságának és a betegek járóbeteg-ellátáshoz való hozzáféréseinek javítása. Bár a helyi önkormányzatok felelősek a földrajzi elhelyezkedés és az ellátás szintje alapján a szolgáltatások nyújtásáért, hogy elősegítsék a hozzáférhetőséget, az új szabályok lehetővé teszik a betegek és az orvosok számára, hogy a területi ellátási kötelezettség szerint kijelölt területen kívüli szolgáltatóknál is foglaljanak járóbeteg-ellátási időpontot.

5.3 Reziliencia

Az egészségügyi rendszer rezilienciája – azaz az a képesség, hogy felkészüljön a sokkokra és a strukturális változásokra, kezelje azokat (megelőzze, kivédje, alkalmazkodjon hozzájuk és átalakítsa őket), valamint tanuljon belőlük – központi helyet kapott a szakpolitikai programalkotásban. A legfontosabb prioritások között szerepel a szolgáltatásnyújtásra nehezedő nyomás enyhítése, az egészségügyi infrastruktúra és a munkaerőkapacitás erősítése, a felkészültségi és válságkezelési stratégiák aktualizálása, a digitális innováció támogatása és a hosszú távú fenntarthatóság biztosítása.

A pandémia óta csökkent kórházi ellátási tevékenység ellenére Magyarországon az ellátás továbbra is nagymértékben kórházcentrikus

A kórházi ágyak száma Magyarországon fokozatosan csökkent, 2000-ben 1000 lakosra 8,2 ágy jutott, 2023-ban pedig 6,5. A kórházi ágysűrűség azonban még mindig jóval meghaladja az 1000 lakosra jutó 5,1-es uniós átlagot (19. ábra), és ebben csak Ausztria, Bulgária, Németország és Románia előzi meg. A COVID-19-járvány idején a fekvőbeteg elbocsátások számának jelentős csökkenése után ez az

arány emelkedett, és 2023-ban elérte a 100 000 lakosra jutó 15 824-et. Hasonlóképpen, a rendelkezésre álló kórházi ágyak kihasználtsága is jelentősen csökkent a járvány idején az elhalasztott ellátások miatt, de ez is újra emelkedni kezdett, bár nem ugyanolyan ütemben. Mindazonáltal a kórházi ágyak kihasználtsági aránya 2023-ban csak 58 % volt, ami, tovább erősítve a régóta fennálló tendenciákat, jelentősen alacsonyabb az uniós átlagnál (68 %).

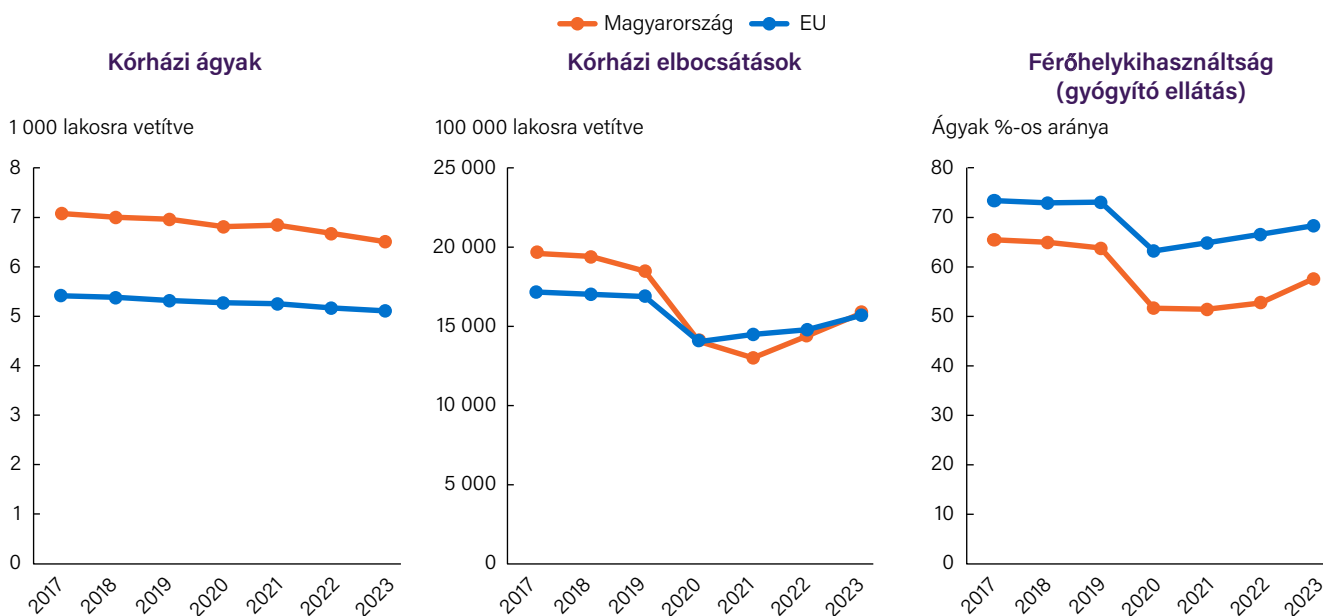
Magyarország túlnyomórészt kórházcentrikus egészségügyi rendszere kevésbé alkalmas a több krónikus betegséggel küzdő, integráltabb és koordináltabb ellátást igénylő betegek eredményes kezelésére. A legjelentősebb strukturális reformkísérlet, amely ezt a problémát és az egészségügyi rendszer teljesítményével kapcsolatos szélesebb körű kihívásokat igyekezett megoldani, az 1999 és 2008 között megvalósított integrált betegellátási rendszer modellkísérleti volt. A kezdeményezés azonban végül nem járt sikerrel a korlátozott politikai támogatás és a megvalósíthatósági kihívások miatt (Gaál et al., 2025). Azóta több kisebb léptékű projekt is célul tűzte ki az ellátáskoordináció javítását pénzügyi ösztönzők és irányítási reformok révén, például a COPD-betegek számára nyújtott kötegelt finanszírozási lehetőség és az alapellátásban működő praxisközösségek létrehozása révén, de egyik sem mérhető hatókörében vagy törekvéseiben az integrált betegellátási rendszer modellkísérlethez.

Meghatározott elektív (tervezett) beavatkozások várakozási ideje továbbra is kihívást jelent

A pandémia első évében Magyarországon, az EU több országához hasonlóan, csökkent a kórházi sebészeti beavatkozások száma. Az uniós átlagtól eltérően azonban 2021-ben a sebészeti beavatkozások száma tovább csökkent. 2019 és 2021 között a 100 000 lakosra vetítve a csípőprotézis-beültetések száma 40 %-kal, a térdprotézis-beültetéseké 66 %-kal, az ágyéki sérvműtéteké pedig 46 %-kal csökkent. Mindhárom beavatkozás száma 2022-ben és 2023-ban nőtt, és elérte a világjárvány előtti szintet.

A COVID-19-re adott egészségügyi rendszerbeli válaszingázások részeként számos nem sürgősségi ellátás felfüggesztése 2019 és 2020 között a szürkehályog-, csípő- és térdprotézis-műtétekre három hónapnál régebb óta várakozó

19. ábra: Magyarországon nagyon magas a kórházi ágyak száma, de alacsony a kihasználtságuk aránya



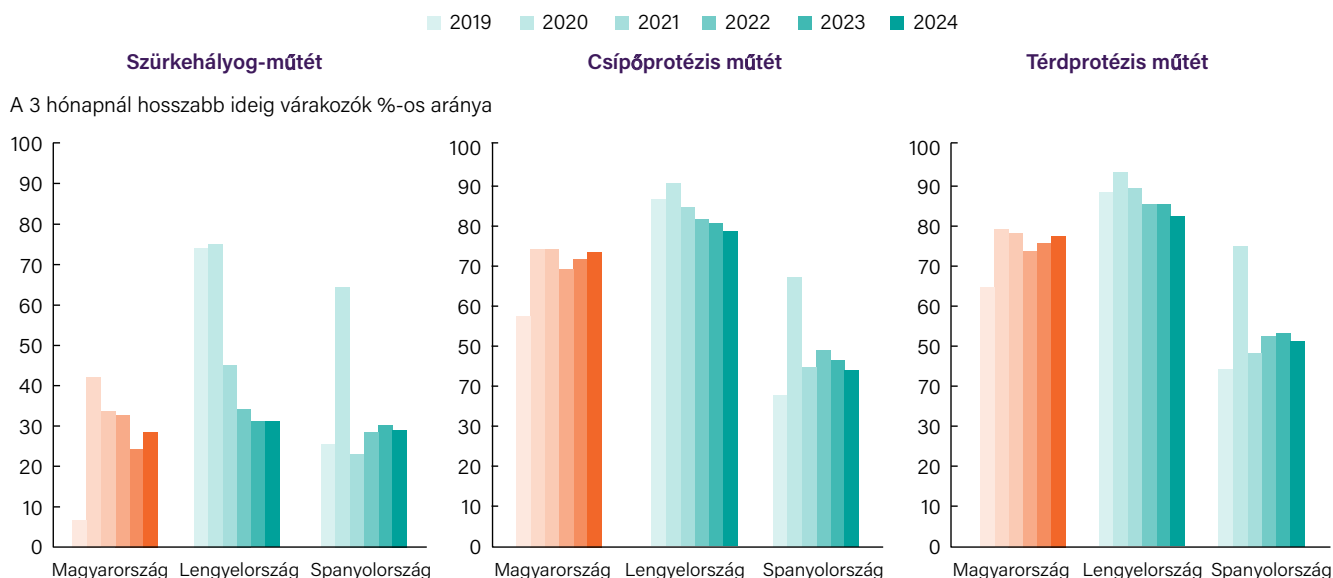
Megjegyzés: Az uniós átlagok a kórházi ágyak és a kórházi elbocsátások tekintetében súlyozottak.

Források: Eurostat (hlth_rs_bds1) és OECD Data Explorer (DF_KEY_INDIC).

beteg arányának meredek emelkedését eredményezte (20. ábra). Bár ezek a várakozási idők 2021-ben vagy 2022-ben csökkenni kezdtek, 2024-ben még mindig a világjárvány előtti szint felett maradtak. 2024-ben a betegek 29 %-a várt több mint három hónapot szűrkehalny-műtétre (szemben a 2019-es 7 %-kal), 74 % csípőprotézis-beültetésre (58 %

2019-ben) és 78 % térdprotézis-beültetésre (65 % 2019-ben). A várólisták leküzdésében elért lassú előrelépés arra utal, hogy nehézségekbe ütközik a pandémiából örökölt műtéti lemaradások felszámolása és/vagy a rendszerbeli kihívások kezelése.

20. ábra: A három hónapnál hosszabb ideig várakozó betegek aránya az elektív (tervezett) sebészeti beavatkozások esetében továbbra is magas maradt



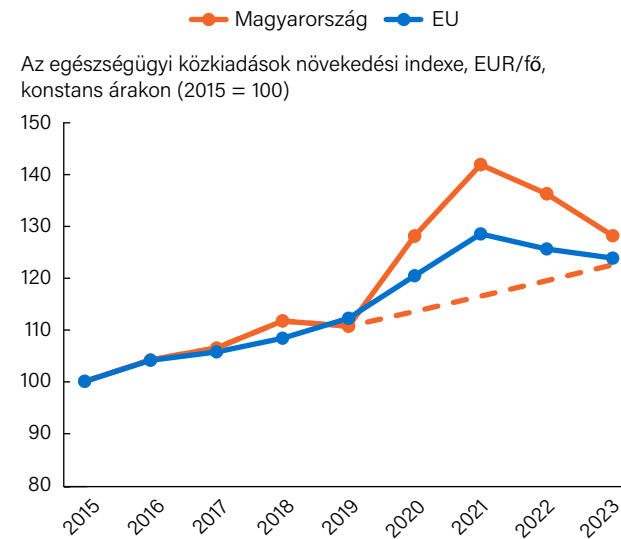
Forrás: OECD Data Explorer (DF_WAITING).

Az egészségügyi közkiadások aránya kiigazításra került, de magasabb, mint a világjárvány előtti szint

A pandémiára adott válaszléptékek miatt 2020-ban és 2021-ben tapasztalt rendkívüli éves növekedés után Magyarországon 2022-ben csökkent az egy főre jutó

egészségügyi közkiadások növekedése. 2023-ban a kiadások továbbra is magasabbak voltak, mint a pandémiát megelőző növekedési minták (2015–2019) alapján prognosztizált hipotetikus pálya (21. ábra). Ugyanakkor az egészségügyi kiadások aránya a teljes kormányzati kiadásokban 2023-ban 8,2 % volt, ami alacsonyabb a 2015–2019 közötti, világjárvány

21. ábra: Magyarország egészségügyi közkiadásai 2023-ban is magasabbak maradtak a prognosztizált tendenciához képest



Megjegyzések: Az uniós átlag súlyozott (az OECD számítása alapján). A szaggatott vonal a világvárvány előtti (2015–2019) adatok alapján prognosztizált tendenciát mutatja.
Forrás: OECD Data Explorer (DF_SHA).

előtti átlagosan 10 %-nál. Az egészségügyi rendszerbe történő beruházások az uniós szintű finanszírozási eszközökből is származnak (2. háttérmagyarázat).

A magyarok egyre gyakrabban számolnak be egészséggel kapcsolatos tevékenységek kapcsán digitális eszközök használatáról

Magyarország más uniós országokhoz viszonyítva korlátozott előrelépést tett a digitális egészségügyi beruházások terén.

2023-ban az információs és kommunikációs technológiára fordított egészségügyi kiadások 100 000 lakosra vetítve 0,6 millió eurót tettek ki, ami alacsonyabb a 100 000 lakosra vetített 2,3 millió eurós uniós átlagnál. Egy, az információs és kommunikációs technológia használatáról szóló uniós felmérés szerint az ilyen megoldásokat orvosi időpontok foglalására használó magyar lakosság aránya összességében a 2018-as 22 %-ról 33 %-ra nőtt 2024-ben (22. ábra). Hasonlóképpen, az információs és kommunikációs technológiát egészségügyi adataihoz való hozzáférésre használó lakosság aránya is jelentősen nőtt, a 2020-as 17 %-ról 42 %-ra 2024-ben. Ezzel szemben az információs és kommunikációs technológiát egészségügyi információk keresésére használók aránya 2018 és 2020 között fokozatosan emelkedett, azóta pedig lassan csökken, de 2024-ben 65 %-kal továbbra is az uniós átlag felett marad.

Más EU-országokhoz hasonlóan Magyarországon is az oktatás és az életkor olyan tényezők, amelyek befolyásolják a digitális eszközök egészségügyi tevékenységekhez való használatát. Például 2024-ben azon válaszadóknak (42 %), akik arról számoltak be, hogy az információs és kommunikációs technológiát használták egészségügyi adataik eléréséhez, 11 %-a alacsonyabb iskolai végzettséggel⁵, míg 67 %-a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezett. Ezenkívül a válaszadók közel fele (48 %) 25–64 év, míg valamivel több mint egynegyede (26 %) 65–74 év közötti személy volt.

Egyetlen digitális platform köti össze az egészségügyi szolgáltatókat és a betegeket Magyarországon

Az EESZT Magyarország központi informatikai rendszere. Ez a rendszer egy központi felhőalapú adatbázisra épül, amelyhez különböző egészségügyi szakemberek férhetnek hozzá

2. háttérmagyarázat: Az uniós finanszírozás a magyar egészségügyi rendszer több területét is támogatja

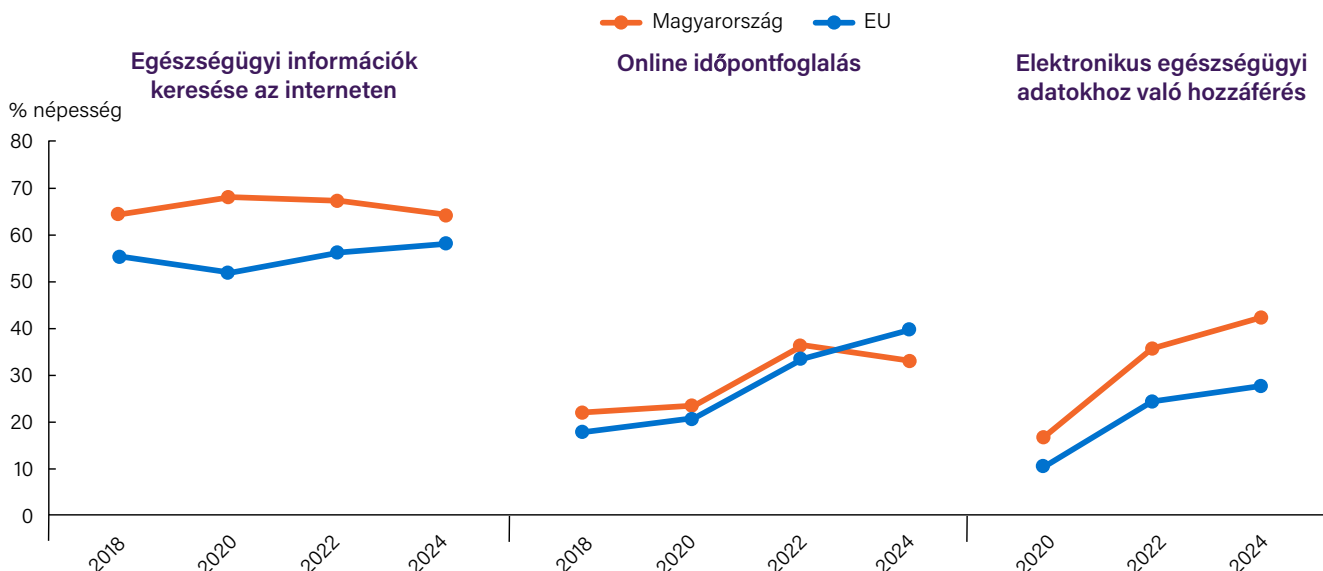
Magyarország egészségügyi rendszerét több eszközön keresztül támogatja az EU. A Helyreállítási és Ellenállóképességi Terv⁴ (RRP) keretében Magyarország 1,3 milliárd eurót (az RRP teljes forrásainak 12,5 %-át) fordított az egészségügyre, elsősorban olyan reformokra és beruházásokra összpontosítva, amelyek célja az egészségügyi rendszerben a paraszolvencia megszüntetése, a háziorvosok szerepének megerősítése, a fekvőbeteg-ellátás racionalizálása és infrastruktúrájának korszerűsítése, az információs és kommunikációs technológiák használatának növelése az egészségügyi szolgáltatások minőségének és hatékonyságának javítása érdekében, valamint egy időseket szolgáló egészségügyi távfelügyeleti digitális program kidolgozása.

A RRP-t kiegészítve az uniós kohéziós politika (2021–2027) jelenleg 132 millió eurót (az EU által társfinanszírozott részként) szán az egészségügyi infrastruktúrára, ideértve az alapellátás és a járóbeteg-ellátás fejlesztését. Ezen túlmenően az EU4Health munkaprogramok (2021–2025) keretében a magyar kedvezményezettek közös fellépések, cselekvési támogatások és közvetlen támogatások formájában mintegy 27,7 millió euró összegű finanszírozásban részesültek. Ez elsősorban felkészültség és válságkezelés (26 %), egészségfejlesztés és betegségmegelőzés (prevenció) (25 %), valamint rákellenes kezdeményezések (24 %) támogatására irányult.

⁴ A Helyreállítási és Ellenállóképességi Alap adatai a 2025. szeptember 20-án rendelkezésre álló információkon alapulnak; a jövőbeni esetleges módosítások hatással lehetnek ezekre a számokra.

⁵ Az alacsony iskolai végzettségűek a lakosságból azok, akik legfeljebb alacsonyabb középfokú végzettséggel (ISCED 0–2. szint) rendelkeznek, míg a magas iskolai végzettségűek azok, akik a felsőfokú végzettséggel (ISCED 5–8. szint) rendelkeznek.

22. ábra: Magyarországon viszonylag magas az egészségügyi célokra használt digitális eszközök aránya



Forrás: Eurostat (isoc_ci_ac_i).

munkahelyükön – például kórházakban, háziorvosi rendelőkben és gyógyszerárakban. Az EESZT lehetővé teszi az egészségügyi szakemberek számára, hogy hozzáférjenek a betegek egészségügyi adataihoz, beleértve más szolgáltatók által kiállított beutalókat és recepteket is. A polgárok pedig elektronikus azonosítás után egyetlen központi felületen keresztül férhetnek hozzá egészségügyi adataikhoz. 2023 elejétől szinte minden egészségügyi intézmény – beleértve a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátó intézményeket, a

magánegészségügyi szolgáltatókat, a gyógyszerárakat, az orvosokat, a gyógyszerészeket és a háziorvosokat – az EESZT-t használja (European Commission, 2024). Ezenkívül bevezettek egy járóbeteg-ellátási betegútszervező eszközt az időpontfoglalások és a betegforgalom racionalizálása érdekében. Az eszköz az EESZT-be és az EgészségAblak alkalmazásba is integrálva van. Más területeken, például rákszűrésben, mesterséges intelligenciát alkalmazó innovációkat tesztelnek (3. háttérmagyarázat).

3. háttérmagyarázat: Magyarország a rákszűrés erősítése érdekében a mesterséges intelligencia rendszer szintű alkalmazása felé halad

Magyarország egy pilot projekt keretében fejleszti a digitális egészségügyi megoldások használatát, amely mesterséges intelligencia (MI) alapú döntéstámogatást alkalmaz a patológiai diagnosztikában (OECD/European Commission, 2025). A projekt, amelyet eredetileg nyolc patológiai központban indítottak el, és mára tovább bővítettek, egy mélytanulási algoritmust tesztel, amelynek célja a vastagbélrák szűrésének javítása az állami egészségügyi rendszerben (Balogh et al., 2022). Az adatlapú egészségügyi ellátás rendszerformáló potenciáljának felismerése nyomán mesterséges intelligencia bizottságot hoztak létre, amelynek feladata a fejlesztések nyomon követése és az MI-technológiák rendszerszintű integrációja megvalósítási lépéseinek kidolgozása. Ezek az törekvések egy szélesebb körű stratégiai elképzelésen alapulnak, amelynek célja az innovatív digitális eszközök kiterjesztése, a kísérleti bevezetéstől az egészségügyi ágazatban való széles körű alkalmazásig (OECD/European Commission, 2025).

Magyarország előreláthatólag jó úton halad a humán antibiotikum-fogyasztás 2030-ig való csökkentésére vonatkozó nemzeti célkitűzésének elérése érdekében

A nem megfelelő antibiotikum-használat csökkentése elengedhetetlen az antimikrobiális rezisztencia (AMR) kezeléséhez, amely prioritást az Európai Unió Tanácsa által 2023-ban elfogadott, a fogyasztás csökkentésére irányuló 2030-as célkitűzések is megerősítettek.⁶ Magyarországon

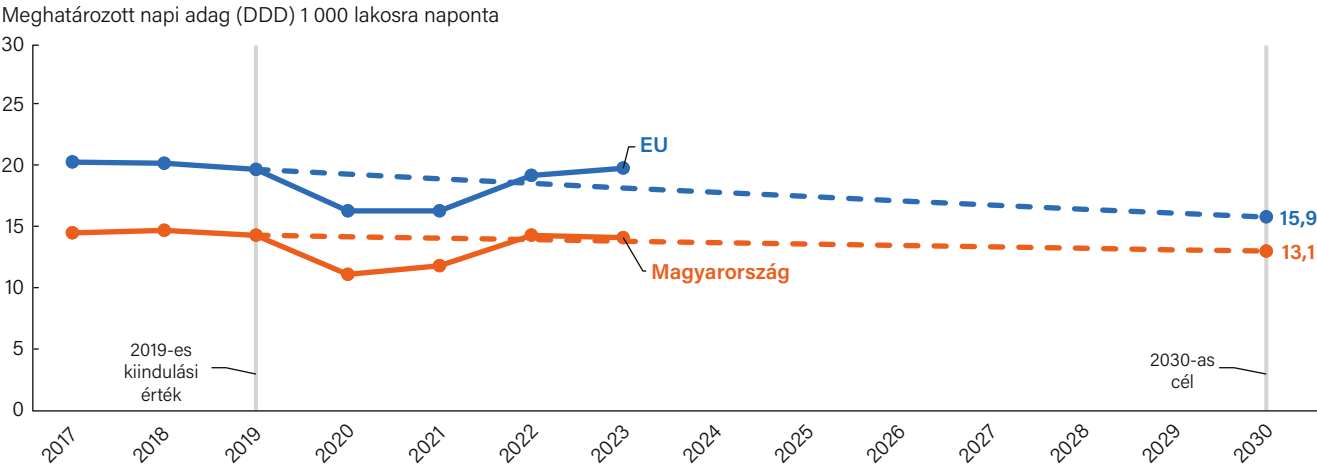
az antibiotikum-fogyasztás (kórházakban és járóbeteg szakrendelőkben) az elmúlt években összességében kismértékben csökkent: az 1000 lakosra vetítve meghatározott napi adag (DDD) a 2017-es 14,6-ról 2019-ben 14,4-re csökkent. Magyarországon 2020-ban és 2021-ben jelentősen csökkent az antibiotikumok használata, elsősorban a COVID-19-járvány idején csökkent fertőzési arányok miatt. Az arány azonban 2022-ben ismét emelkedett, és elérte a 14,4 meghatározott napi adagot 1000 lakosra vetítve, majd 2023-ban kissé csökkent, és 14,2-re esett vissza 1000 lakosra vetítve

⁶ A Tanács ajánlása az antimikrobiális rezisztencia elleni küzdelemre irányuló uniós intézkedések fokozásáról az „Egy egészség” megközelítés keretében, 2023/C 220/01.

(23. ábra). Ez a közelmúltbeli enyhe csökkenés arra utal, hogy Magyarország lassan halad a nemzeti célkitűzés felé, amely szerint 2030-ra az emberi antibiotikum-fogyasztást 1000 lakosra vetítve 13,1 meghatározott napi adagra kell csökkenteni, ami 9 %-os csökkenést jelent a 2019-es

kiindulási értékhez képest. Bár egy nemzeti, több szektort átfogó munkacsoport 2019-ben stratégiai AMR-tervet nyújtott be (Nemzeti Népegészségügyi Központ, 2019), jelenleg Magyarországon nincs hivatalosan elfogadott nemzeti cselekvési terv vagy stratégia az AMR-rel kapcsolatban.

23. ábra: A világjárvány utáni emelkedés ellenére az antibiotikum-fogyasztás Magyarországon továbbra is az uniós átlag alatt van



Megjegyzések: Az uniós átlag súlyozott. A diagram a kórházakban és a közösségben (járóbeteg) történő antibiotikum-fogyasztást mutatja. A szaggatott vonal a 2030-as csökkentési célok eléréséhez vezető szakpolitikai program szerinti célkitűzéseket szemlélteti.
Forrás: ECDC ESAC-Net.

6 Reflektorfényben a gyógyszerek

A vényköteles gyógyszerek teszik ki a kiskereskedelmi gyógyszerkiadások nagy részét

2023-ban Magyarországon az egy főre jutó kiskereskedelmi gyógyszerkiadások 445 eurót tettek ki, ami alacsonyabb az uniós átlagnál (510 euró, a vásárlóerő-különbségekkel kiigazítva). A kiskereskedelmi gyógyszerkiadások a magyar egészségügyi kiadások 23 %-át tették ki, ami jelentősen magasabb arány, mint az uniós átlag 13 %-a (24. ábra). A legtöbb más EU-országhoz hasonlóan Magyarországon is a vényköteles gyógyszerek teszik ki a kiskereskedelmi gyógyszerkiadások nagy részét (95 %), míg a fennmaradó részt a vény nélkül kapható gyógyszerek és egyéb orvosi fogyóeszközök (nem tartós gyógyászati célú fogyasztási cikkek) teszik ki.

A gyógyszeripari kiskereskedelmi kiadások csak részleges képet adnak a magyar egészségügyi rendszer gyógyszerköltségeiről. 2023-ban a gyógyszeripari kiadások 64 %-át tették ki, míg a kórházi szektor gyógyszerkiadásai a fennmaradó 36 %-ot (25. ábra).

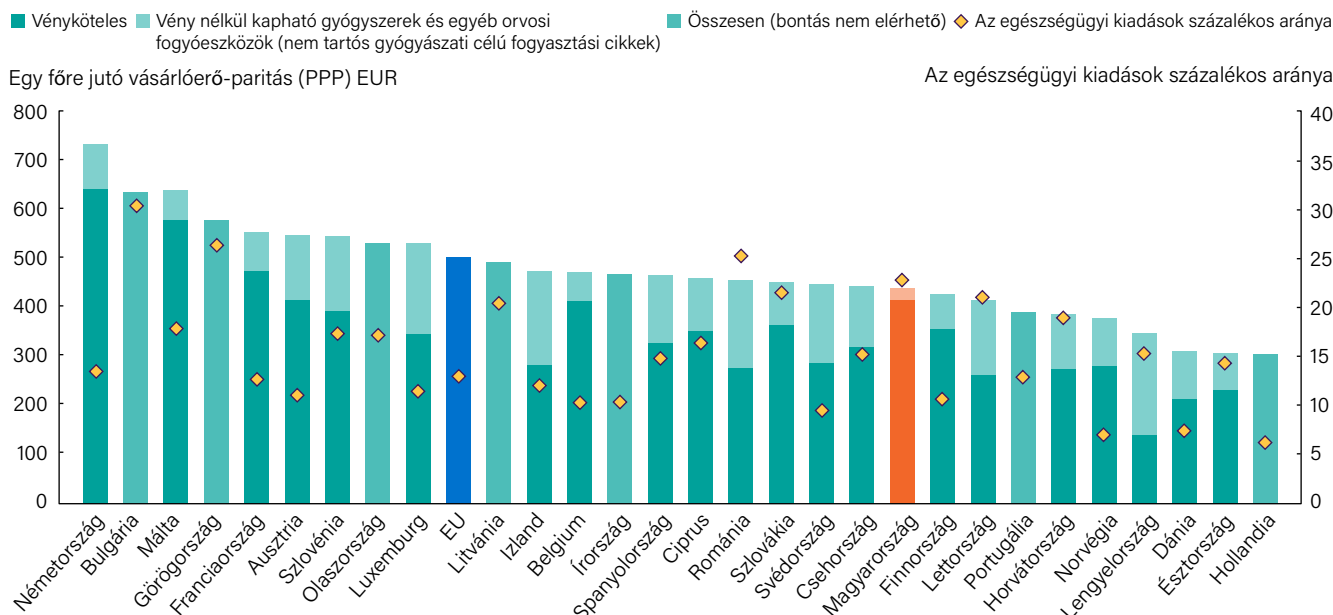
A kiskereskedelmi gyógyszerkiadásokat elsősorban a háztartásokat terhelő zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások fedezik

Magyarországon a kiskereskedelmi gyógyszerkiadások többsége zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulásból

származik, amelyek messze a legnagyobb részét képezik a háztartások egészségügyi kiadásainak (lásd az 5.2. szakaszt). 2023-ban a háztartások zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulása a kiskereskedelmi gyógyszerkiadások 51 %-át tette ki, míg 47 %-át a kormányzat és a kötelező társadalombiztosítási rendszer fedezte (26. ábra).

A járóbeteg-ellátásban a betegek általában a bruttó kiskereskedelmi ár és a támogatott ár közötti különbséget fedező térítési díjat fizetnek. Még a teljes mértékben támogatott gyógyszerek esetében is 300 forint (1 euró) dobozdíjat kell fizetni. A támogatási százalékok többféleképpen lehetnek: a korlátozás nélkül felírható gyógyszerek 0–80 %-os támogatást kapnak (antibiotikumok: 25 %; vérnyomáscsökkentők: 55 % vagy 80 %), míg a vényköteles vagy indikációval korlátozott gyógyszerek 50–100 %-os támogatást kapnak (demenciakezelő szerek: 50 %; csontbetegségek kezelésére szolgáló gyógyszerek: 70 %; asztma-kezelő szerek: 90 %; onkológiai gyógyszerek: 100 %). A nem támogatott indikációk és off-label használat esetében egyedi méltányosság keretében finanszírozott gyógyszerek szinte száz százalékos támogatásban részesülnek. Speciális támogatási rendszer (közgyógyellátás) létezik a kiszolgáltatott csoportok, például a krónikus betegségben szenvedő vagy alacsony társadalmi-gazdasági státuszú betegek számára. A rendszer havi 30 euróig mentesíti a betegeket a térítési díj fizetése alól. A kórházi szektorban nincs térítési díj a

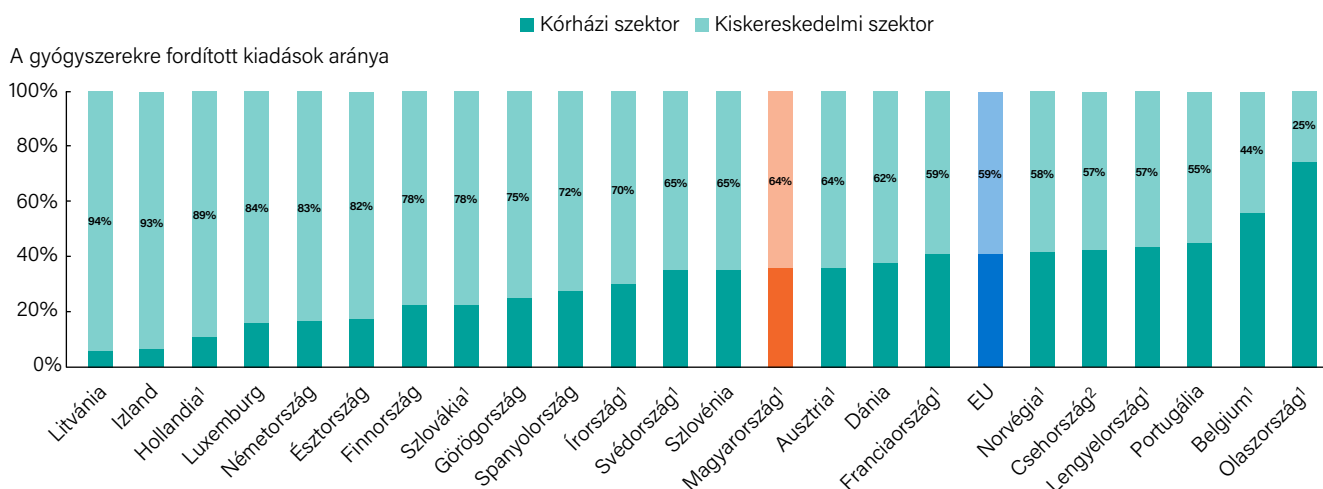
24. ábra: Az egy főre jutó kiskereskedelmi gyógyszerkiadások Magyarországon alacsonyabbak az uniós átlagnál



Megjegyzés: Ez az ábra kizárólag a kiskereskedelmi gyógyszerárakban kiadott, járóbetegek számára szánt gyógyszerekre fordított kiadásokat mutatja. Nem tartalmazza a kórházakban, klinikákon vagy orvosi rendelőkben felírt gyógyszereket.

Forrás: OECD Data Explorer (DF_SHA); az adatok 2023-ra vonatkoznak, kivéve Norvégiát (2022).

25. ábra: A kiskereskedelmi gyógyszeripari szektorban a gyógyszerekre fordított kiadások alig több mint 60 %-át teszik ki a teljes kiadásoknak



Megjegyzések: Az uniós átlag súlyozott. A hollandiai kórházi gyógyszerértékesítési adatok hiányosak, ami a kiskereskedelmi gyógyszerértékesítés arányának túlbecsléséhez vezet az ábrán.

Források: OECD Data Explorer (DF_SHA); ¹IQVIA és Svéd Fogászati és Gyógyszerészeti Ellátási Ügynökség, 2024; ² Cseh Egészségügyi Információs és Statisztikai Intézet; az adatok 2023-ra vonatkoznak, kivéve Norvégiát és Szlovéniát (2022).

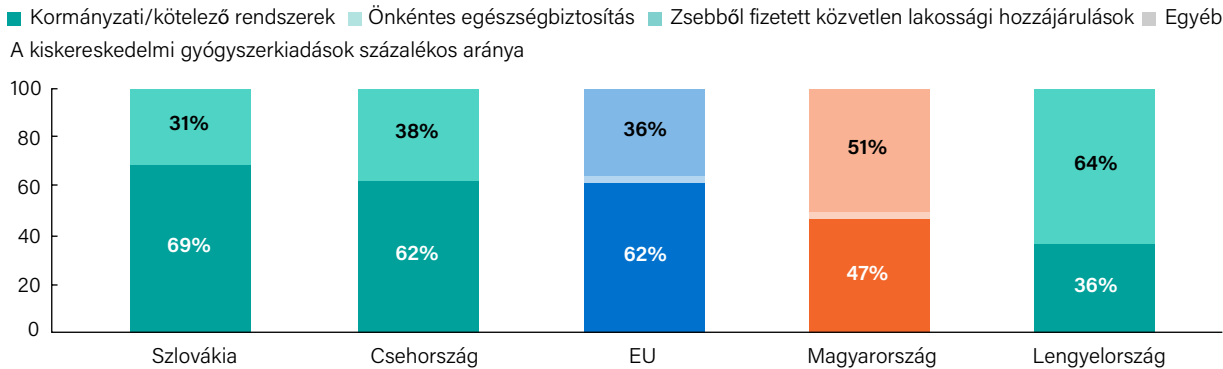
gyógyszerekért. Ezenkívül az összes kórházban használt drága gyógyszert 100%-os mértékben támogatja a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő.

Magyarországon az új gyógyszerek elérhetősége több időt vesz igénybe, mint sok más uniós országban, de a társadalombiztosítási támogatási befogadási eljárás alatt álló új gyógyszerek támogatást kaphatnak

Az új gyógyszerekhez való hozzáférés időtartamának és mértékének értékeléséhez leggyakrabban használt két

mutató az EU-ban történő forgalomba hozatali engedélyezés és az állami támogatási rendszerbe való befogadás között eltelt átlagos idő, valamint a centrálisan törzskönyvezett, országosan elérhető gyógyszerek aránya. Mindkét mutató szerepel az European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (Gyógyszeripari Egyesületek Európai Szövetsége, EFPIA) betegek várakozási idejét mérő (WAIT indikátor) felmérésében (Newton et al., 2025). Bár egyik mutató sem ad átfogó képet a klinikai alkalmazásról, a felírási korlátozásokról vagy a betegek hozzáféréseiről a gyakorlatban, mindkettő alapot nyújt a kérdés megtárgyalásához. A WAIT

26. ábra: Magyarországon a gyógyszerek kiskereskedelmi árának felét a betegeket terhelő zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulásként



Megjegyzés: Az uniós átlag nem súlyozott.

Forrás: OECD Data Explorer (DF_SHA); az adatok 2023-ra vonatkoznak, kivéve Norvégiát (2022).

indikátor szerint a 2020 és 2023 között az EU által jóváhagyott gyógyszerek esetében Magyarországon a támogatási rendszerbe való befogadásig eltelt átlagos idő 636 nap volt, ami 10 %-kal hosszabb az uniós átlagnál (578 nap). Ezen túlmenően 2025 januárjában ezeknek a gyógyszereknek 27 %-a volt támogatott Magyarországon, míg az uniós átlag 46 % volt.

Fontos megjegyezni, hogy az átlagos támogatási rendszerbe való befogadásig eltelt idő mutató nem tükrözi teljes mértékben a gyógyszerekhez való valós hozzáférést Magyarországon, és nem tükrözi a hatóanyagok szélesebb körű terápiás rendelkezésre állását sem, függetlenül azok gyógyszerformájától. Az OECD jelentése szerint Magyarország 2021. október 1-jén a vizsgált 15 termék/javallat közül 12 esetében jelentette korai hozzáférési rendszer meglétét (Chapman, Szklanowska & Lopert, 2023). Az ilyen rendszerek általában kielégítően egészségügyi szükségletekkel járó súlyos betegségek kezelésére vonatkoznak, és lehetővé

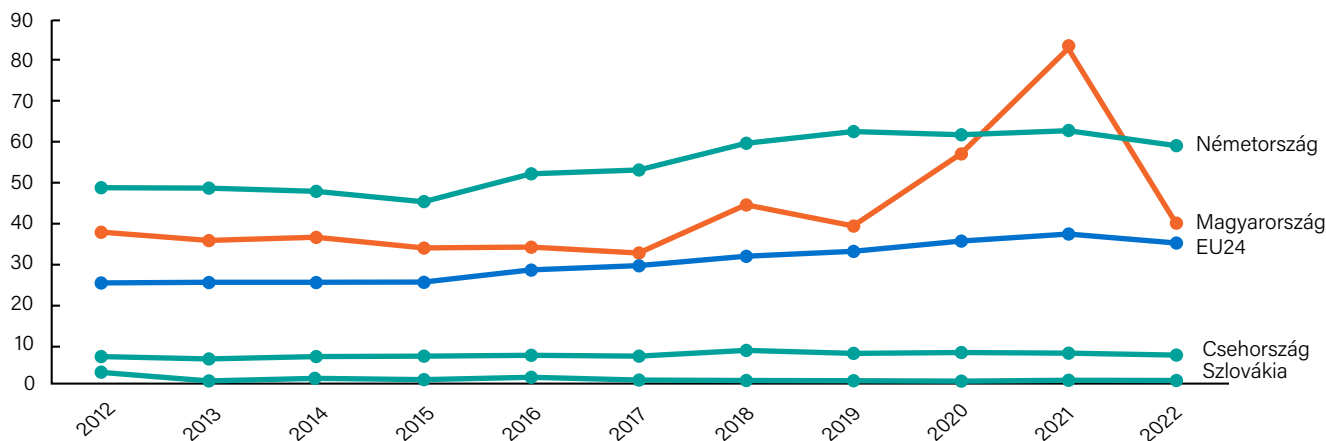
teszik a gyógyszerekhez való ideiglenes hozzáférést akár a forgalomba hozatali engedély megadása, akár a támogatásra vonatkozó döntés meghozatala előtt. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő új, jóváhagyás alatt álló gyógyszereket támogathat.

Magyarország intézkedéseket hozott a generikus termékek elterjedésének elősegítésére

Magyarország a költségek csökkentése és a gyógyszerekhez való hozzáférés javítása érdekében ösztönzi a branded termékek helyett a generikus termékek használatát. A fő stratégiai törekvések, hogy a gyógyszerárakban történő generikus helyettesítés és a generikus gyógyszerek felírása valósuljon meg, önkéntes alapon követhetőek. Vannak intézkedések a felhasználás ösztönzésére, például pénzügyi ösztönzők a gyógyszerárak számára a generikus gyógyszerek kiadására, és bár a gyógyszerészek törvényileg kötelesek az olcsóbb alternatívát felajánlani, ez ritkán történik meg.

27. ábra: Magyarországon az egy főre jutó gyógyszeripari kutatás-fejlesztési kiadások magasabbak az uniós átlagnál

Egy főre jutó EUR PPP, konstans árak (2022)



Megjegyzés: Az uniós átlag súlyozott (az OECD számítása alapján).

Forrás: OECD Data Explorer (DF_ANBERDi4).

Magyarországon az egy főre jutó gyógyszeripari kutatásra és fejlesztésre fordított üzleti kiadások magasabbak az uniós átlagnál

Magyarország stabilan kiépült gyógyszeripara jelentősen hozzájárul a gazdasághoz, hiszen mind hazai, mind nemzetközi gyártók működnek az országban, és ez szilárd exportpiacot jelent a gyógyszeripari termékek számára. 2022-ben a magyar gyógyszeripar körülbelül 382 millió eurót fektetett be kutatásba és fejlesztésbe (K+F), ami az EU teljes gyógyszeripari K+F-kiadásainak 2,4 %-át tette ki. A 2022-es konstans (inflációval korrigált) árakhoz igazítva Magyarország egy főre jutó K+F-beruházása 2022-ben 40 eurót ért el, ami jelentősen alacsonyabb, mint 2021-ben (85 euró), de magasabb, mint az uniós átlag (27. ábra). Az K+F-re vonatkozó adózással összefüggő ösztönzők érhetők el a feltételeknek megfelelő vállalatok számára – beleértve a gyógyszeripart is, amely a Magyarországon végzett klinikai vizsgálatok és klinikai kutatások költségeire vonatkozó adókedvezményekben részesül.

A gyógyszeripari szabadalmi bejelentések száma fontos mutató az innovációs potenciál felméréséhez a gyógyszeriparban. Az OECD szellemi tulajdonra vonatkozó statisztikái szerint 2022-ben 18, szabadalmi együttműködési szerződés alapján benyújtott szabadalmi bejelentés származott magyarországi székhelyű bejelentőktől. Ez a volumen az uniós országokból származó összes szerződéses bejelentés 1 %-át teszi ki, ami azt jelenti, hogy Magyarország viszonylag szerény mértékben járul hozzá Európa gyógyszeripari K+F kapacitásához. A korai fázisú (II. és III.) klinikai vizsgálatok száma millió lakosra vetítve 2024-ben 18,7 volt Magyarországon, ami megegyezik az uniós átlaggal (18,3), és az EU-ban indított összes új klinikai vizsgálat 2%-át teszi ki. Valójában 2024-ben a legtöbb folyamatban lévő klinikai vizsgálat III. fázisú vizsgálat volt, amelyeket főként az onkológia, a pulmonológia, a kardiológia és a gasztroenterológia területén végeztek (Cromos Pharma, 2024). A magyarországi klinikai vizsgálatok többsége (2024-ben 90 %) az iparág finanszírozásából valósul meg, az ennél jóval kisebb arányú állami forrásokból lefolytatott vizsgálatok mellett (10 %). E vizsgálatok túlnyomó többsége (91 %) több országot érintő tanulmányok részét képezi, ami azt mutatja, hogy bár a helyi K+F kapacitás korlátozott, Magyarország jól beágyazódott a globális gyógyszeripari K+F hálózatokba.

7 Fő megállapítások

- A várható élettartam Magyarországon 2024-ben 77,0 év volt, ami 4,7 évvel alacsonyabb az uniós átlagnál. Más uniós országokhoz hasonlóan Magyarországon is nagy a nemek közötti különbség a várható élettartamban: a magyar nők általában 6,3 évvel élnek tovább, mint a férfiak, ami nagyobb különbség, mint az uniós átlag (5,2 év). 2023-ban Magyarországon a vezető halálokok a szív- és érrendszeri betegségek (beleértve az ischaemiás szívbetegségeket és a stroke-ot) és a rákos megbetegedések voltak, amelyek együttesen az összes halálozás több mint 70 %-át tették ki.
- A magyarok az uniós átlagnál lényegesen magasabb arányban dohányoznak, fogyasztanak alkoholt és elhízottak. Ezek a kockázati tényezők különösen a férfiak és az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében jelentősek. Az életmódbeli (egészségmagatartási) kockázati tényezők rossz egészségi állapot mutatókat eredményeznek és hozzájárulnak az egészségügyi egyenlőtlenségekhez.
- Az egy főre jutó egészségügyi kiadás Magyarországon viszonylag alacsony, 1 925 euró, ami körülbelül fele az uniós átlagnak. Az egészségügyi ellátás állami finanszírozása az elmúlt években fokozatosan nőtt, 2023-ban a folyó egészségügyi kiadások 74 %-át tette ki, de továbbra is elmarad az uniós átlag 80 %-os értékétől. Következésképpen a magánkiadások jelentős szerepet játszanak, és a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások 2023-ban az egészségügyi kiadások 23 %-át tették ki, ami jelentősen meghaladja az uniós átlag 16 %-os értékét.
- A megelőzhető és kezelhető okokból bekövetkező halálozási arány 2022-ben az EU-ban a legmagasabbak között volt. A tüdőrák, az ischaemiás szívbetegség és az alkohollal összefüggő betegségek voltak a három legfőbb okai a megelőzhető halálozásnak, míg az ischaemiás szívbetegség, a vastagbélrák és a stroke voltak a kezelhető halálozás fő okai. Ezek az egészségügyi mutatók a népegészségügy régóta fennálló kihívásait és a beavatkozások korlátozott eredményességét tükrözik. 30 településen pilot prevenciók programot indítottak, amelynek keretében háziorvosok testmozgást írhatnak fel receptre. A Nemzeti Rákellenes Program égisze alatt ráksűrési kezdeményezések is folyamatban vannak.
- Bár a magyarok körében az orvosi vagy fogászati ellátás iránti kielégítetlen szükségletekről beszámoló aránya az uniós átlaghoz képest nagyon alacsony, a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások magas aránya pénzügyi akadályokat jelenthetnek az ellátáshoz való hozzáférésben – különösen a gyógyszerek, a járóbeteg-ellátás és a fogászati ellátás esetében. A mentális egészségügyi ellátás egy olyan terület, ahol a kielégítetlen egészségügyi szükségletek növekednek – különösen a COVID-19-járvány óta eltelt években.
- Az egészségügyben a digitális eszközök használata az elmúlt években jelentősen megnőtt. Az online ellátási időpontot foglaló magyarok aránya növekszik, és az egészségügyi adataikhoz online hozzáférők aránya 2020-ban 17 %-ról 2024-re 42 %-ra nőtt. Az állampolgárok elektronikus azonosítás után egyetlen központi felületen keresztül férhetnek hozzá egészségügyi adataikhoz. Magyarországon központi informatikai rendszer működik, amelyet szinte minden egészségügyi intézmény használ. A központi digitális rendszer tartalmaz egy járóbeteg-ellátási betegútszervező eszközt, amely összeköti a szolgáltatókat és a betegeket, segítve az időpontfoglalásokat és a betegforgalom racionalizálását.
- Magyarország egészségügyi rendszerét több eszközön keresztül támogatja az EU, többek között a Helyreállítási és Ellenállóképességi Terv keretében. A beruházások olyan kulcsfontosságú reformokat támogatnak, mint az infrastruktúra fejlesztése, a paraszolvencia csökkentése, a digitális eszközök fejlesztése és az alapellátás megerősítése. Ezek a források együttesen Magyarország egészségügyi rendszerének rezilienciáját és hatékonyságát hivatottak javítani.
- A gyógyszerköltségek az egészségügyi kiadások jelentős részét teszik ki, és a gyógyszerek kiskereskedelmi árának valamivel több mint fele a betegeket terhelik zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulás formájában. Bár az egy főre jutó gyógyszerköltségek az uniós átlag alatt vannak, a háztartások kiadásai magasak a térítési díjak és a korlátozott társadalombiztosítási támogatás miatt. Egy speciális támogatási rendszer segít enyhíteni a rászoruló csoportok költségeit, de a betegek zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulásai csökkentését szolgáló, a költségterhek elleni védelmet biztosító mechanizmusok javításra szorulnak. Az új gyógyszerek elérhetőségének támogatása érdekében a korai hozzáférési programok hozzáférést biztosítanak a súlyos betegségek kezeléséhez, lehetővé téve azok ideiglenes alkalmazását a forgalombahozatali engedély megadása, illetve a társadalombiztosítási támogatásba való befogadás előtt.

Fő források

European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Health Systems and Policy Monitor: Magyarország: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/hungary-2011>

OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, Párizs, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

Hivatkozások

Balogh J et al. (2022), Mesterséges intelligencia alapú megoldások fejlesztése és bevezetése az egészségügyben – a kézműves gyártástól a gyártósorig?, *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 21(2): 56-66, <https://doi.org/10.53020/IME-2022-206>

Biró M et al. (2025), A COPD kezelésének minőségének javítása csomagáras fizetési módszerrel: tanulmányok egy országos kísérleti programból, *Orvosi Hetilap*, 166(33), 1302-11. <https://doi.org/10.1556/650.2025.33369>

Chapman S, Szklanowska A, Lopert R (2023), *Exploring the feasibility of monitoring access to novel medicines: a pilot study in EU Member States*, OECD Health Working Papers, No. 151, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/8c1d16c4-en>.

Cromos Pharma (2024), Exploring Clinical Trial Opportunities: Hungary's 2024 Country Profile: <https://cromospharma.com/exploring-clinical-trial-opportunities-hungary-s-2024-country-profile/>

European Commission (2024), *Digital Decade country report 2023: Hungary*. Brussels, <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/country-reports-digital-decade-report-2023>.

European Commission (2025). 2025 Country Report – Hungary. Brussels, https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/2cbf7c79-d190-466f-818a-35e6c4da42b1_en?filename=HU_CR_SWD_2025_217_1_EN_autre_document_travail_service_part1_v3.pdf

Gaál P et al. (2025), Evaluation of the implementation experiences of the Hungarian Integrated Care Coordination Pilot, *Health Policy*, 105417. Advance online publication, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105417>

Medical Online (2024a), Mozdás receptre program indul, https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/mozgas_receptre_program_indul

Medical Online (2024b), Takács Péter: Országos lesz a vastagbélűzés az 50-70 évesek körében, https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/takacs_peter_orzagos_lesz_a_vastagbelszures_az_50_70_evesek_koreben

Nemzeti Népegészségügyi Központ (2019), Infekciókontroll és AMRszakpolitikai program, az „Egy Egészség” megközelítés alapján egységben az állatgyógyászati készítményekkel. Rövid változat: https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/03/AMR_strategia_rovid.pdf [magyarul]

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (2025), Az idei tanévben is ingyenesen igényelhető a humán papillomavírus (HPV) elleni védőoltás, <https://nngyk.gov.hu/hu/tovabbi-hirek/az-idei-tanevben-is-ingenyesen-igenyelheto-a-human-papillomavirus-hpv-elleni-vedooltas-2.html>

Newton et al. (2025), *EFPIA Patients WAIT Indicator 2024 Survey*. Brussels, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, <https://efpia.eu/media/oeganukm/efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf>.

OECD/European Commission (2025), *EU Country Cancer Profile: Hungary 2025*, EU Country Cancer Profiles, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/344b5f49-en>.

Szőllősi GJ et al. (2022), An exploratory assessment of factors with which influenza vaccine uptake is associated in Hungarian adults 65 years old and older: findings from European Health Interview Surveys, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12):7545.

WHO Regional Office for Europe (2025), UHC watch, <https://apps.who.int/dhis2/uhcwatch>.

Országnevek rövidítései

Ausztria	AT	Csehország	CZ	Németország	DE	Olaszország	IT	Hollandia	NL	Szlovákia	SK
Belgium	BE	Dánia	DK	Görögország	EL	Lettország	LV	Norvégia	NO	Szlovénia	SI
Bulgária	BG	Észtország	EE	Magyarország	HU	Litvánia	LT	Lengyelország	PL	Spanyolország	ES
Horvátország	HR	Finnország	FI	Izland	IS	Luxemburg	LU	Portugália	PT	Svédország	SE
Ciprus	CY	Franciaország	FR	Írország	IE	Málta	MT	Románia	RO		

State of Health in the EU

Egészségügyi országprofilok 2025

Az egészségügyi országprofilok kulcsfontosságú elemei az Európai Bizottság „Egészségügyi helyzet az EU-ban” című ciklusának, amely az Európai Unió pénzügyi támogatásával kidolgozott tudásközvetítő projekt.

Ezek az országprofilok a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) és az European Observatory on Health Systems and Policies (Egészségügyi Rendszerek és Politikák Európai Megfigyelőközpontja) közös munkának eredményei, az Európai Bizottsággal együttműködésben. A kvantitatív és kvalitatív adatokat egyaránt felhasználó egységes módszertan alapján az elemzés az egyes EU-/EGT-országok legújabb egészségügyi szakpolitikai programalkotási kihívásaira és fejleményeire terjed ki.

Az egészségügyi országprofilok 2025. évi kiadása szintetizáló elemzését adják egyes kritikus szempontoknak, ideértve:

- az ország aktuális egészségügyi helyzetét;
- az egészséget befolyásoló tényezőket, különös tekintettel az életmódbeli (egészségmagatartási) kockázati tényezőket;
- az egészségügyi rendszer felépítését és szervezetét;
- az egészségügyi rendszer eredményességét, hozzáférhetőségét és rezilienciáját (ellenálló és alkalmazkodóképességét);
- a gyógyszeripari szektor és az ország kapcsolódó szakpolitikai programja bemutatását.

Az egészségügyi országprofilok legfontosabb megállapításait kiegészíti az Európai Bizottság összefoglaló jelentése (Synthesis Report).

További információkért látogasson el a következő oldalra: ec.europa.eu/health/state

Erre a kiadványra a következőképpen hivatkozzon: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Egészségügyi országprofil 2025: Magyarország. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.