



MAGYARORSZÁG

RÁKÜGYI ORSZÁGPROFIL

2025



European
Commission



A „Rákügyi országprofilok” sorozat

Az Európai Rákegyenlőtlenségi Regiszter az európai rákellenes terv kiemelt kezdeményezése. Megfelelő és megbízható adatokkal szolgál a rák megelőzéséről és a rák kezeléséről, hogy azonosítani lehessen a tagállamok, a régiók és a népességcsoportok körében fennálló tendenciákat, különbségeket és egyenlőtlenségeket. A rákügyi országprofilok a 27 uniós tagállam mindegyike, továbbá Izland és Norvégia tekintetében határozzák meg az erősségeket, a kihívásokat és a konkrét cselekvési területeket, hogy iránymutatást nyújtsanak az európai rákellenes terv keretében uniós, nemzeti és regionális szinten végrehajtandó beruházásokhoz és beavatkozásokhoz. Az Európai Rákegyenlőtlenségi Regiszter a szennyezőanyag-mentességi cselekvési terv 1. kiemelt kezdeményezését is támogatja. Az országprofilokat az OECD készíti, és Európai Bizottsággal együttműködésben. A csoport hálás a nemzeti szakértőktől érkezett értékes hozzászólásokért, valamint az OECD Egészségügyi Bizottsága és a Rákegyenlőtlenségi Regiszterrel foglalkozó uniós tematikus munkacsoport észrevételeiért.

Az adatok és információk forrásai

A rákügyi országprofilokban szereplő adatok és információk főként az Eurostatnak és az OECD-nek eljuttatott hivatalos nemzeti statisztikákon alapulnak, amelyeket a legmagasabb szintű adat-összehasonlíthatóság biztosítása érdekében hitelesítettek. Az adatok alapjául szolgáló források és módszerek elérhetők az Eurostat adatbázisában és az OECD egészségügyi adatbázisában.

További adatok és információk származnak az Európai Bizottság Közös Kutatóközpontjától (EB-JRC), a jövedelmekre és életkörülményekre vonatkozó uniós statisztikákra irányuló felmérésből (EU-SILC), az Egészségügyi Világszervezettől (WHO), a Nemzetközi Rákkutatási Ügynökségtől (IARC), a Nemzetközi Atomenergia-ügynökségtől (NAU), az Európai Gyermekonkológiai Társaságtól (SIOPE), az Európai Unió Alapjogi Ügynökségtől (FRA LMBTIQ), az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartásáról szóló felmérésből (HBSC), valamint a 2023. évi egészségügyi és rákügyi országprofilokból és egyéb (magán- vagy kereskedelmi érdekektől független) nemzeti forrásokból. Eltérő megjegyzés hiányában a számított uniós átlagok a 27 tagállam súlyozott átlagai. Az uniós átlag Izland és Norvégia adatait nem tartalmazza. A halálózásra és az incidenciára vonatkozó arányszámok az Eurostat által 2013-ban elfogadott európai standard népességnek megfelelően életkor szerint standardizáltak.

A vásárlóerő-paritás (PPP) a valutaátszámításra alkalmazott arányszám, amely kiegyenlíti a különböző valuták vásárlóerejét, kiküszöbölve az országok árszínvonalában mutatkozó különbségeket.

Felelősségkizáró nyilatkozat: Ez a mű az OECD főtíkárának és az Európai Bizottság elnökének felelősségére kerül közzétételre. Az itt kifejtett vélemények és érvek nem feltétlenül tükrözik az OECD-tagországok vagy az Európai Unió hivatalos álláspontját. Ez a dokumentum, valamint a benne foglalt adatok és térképek nem érintik a területek státuszát vagy a területek feletti fennhatóságot, a nemzetközi határok kijelölését, illetve a területek, városok vagy térségek nevét. Az országok és területek nevei, valamint az e közös kiadványban használt térképek az OECD gyakorlatát követik. Az OECD-re alkalmazandó konkrét területi nyilatkozatok: A Török Köztársaság megjegyzése: E dokumentum „Ciprusra” hivatkozó információi a sziget déli részére vonatkoznak. Nincs olyan egyedüli hatóság, amely egyaránt képviselné a sziget török és görög ciprusi népét. Törökország az Észak-ciprusi Török Köztársaságot ismeri el. Mindaddig, amíg az ENSZ keretén belül nem születik tartós és méltányos megoldás, Törökország fenntartja a „ciprusi problémával” kapcsolatos álláspontját.

Az OECD összes európai uniós tagállama és az Európai Unió megjegyzése: A Ciprusi Köztársaságot Törökország kivételével az ENSZ összes tagállama elismeri. E dokumentum információi a Ciprusi Köztársaság Kormányának tényleges ellenőrzése alatt álló területek vonatkoznak.

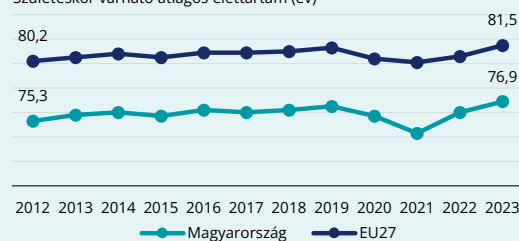
© OECD/Európai Unió, 2025. Az eredeti mű és lefordított változatai közötti eltérés esetén csak az eredeti mű szövegét kell érvényesnek tekinteni.

Tartalom

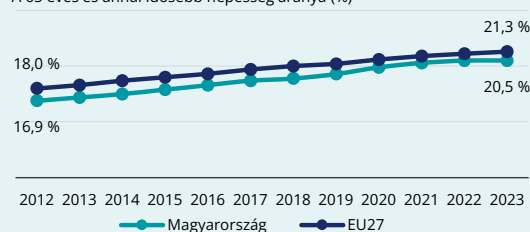
1. KIEMELT TÉMÁK	3
2. A RÁK MAGYARORSZÁGON	4
3. KOCKÁZATI TÉNYEZŐK ÉS MEGELŐZÉSI POLITIKÁK	9
4. KORAI FELISMERÉS	13
5. A RÁKELLÁTÁS TERÉN NYÚJTOTT TELJESÍTMÉNY	16
5.1. Hozzáférhetőség	16
5.2. Minőség	19
5.3. Költségek és ár-érték arány	22
5.4. Jólét és életminőség	23
6. REFLEKTORFÉNYBEN A GYERMEKKORI RÁK	25

Az egészségügyi rendszert és a demográfiát érintő főbb statisztikai adatok

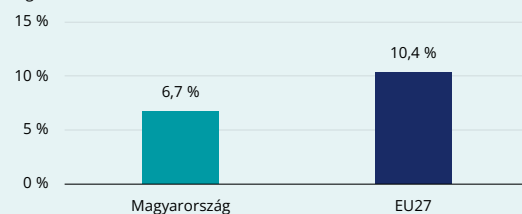
Születéskor várható átlagos élettartam (év)



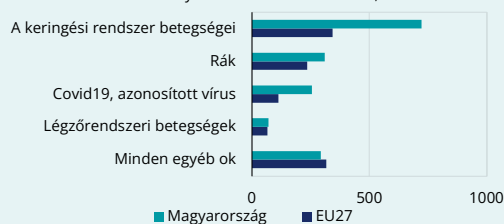
A 65 éves és annál idősebb népesség aránya (%)



Egészségügyi kiadások a GDP %-ában, 2022-ben vagy a legközelebbi évben

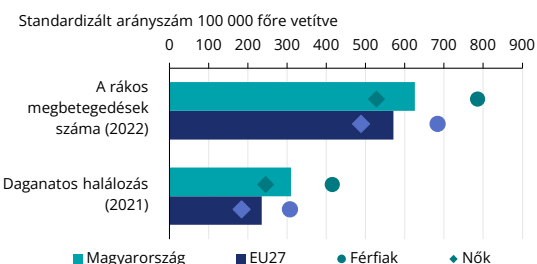


Standardizált halálózási arányszám 100 000 főre vetítve, 2021



Forrás: az Eurostat adatbázisa.

1. Kiemelt témák

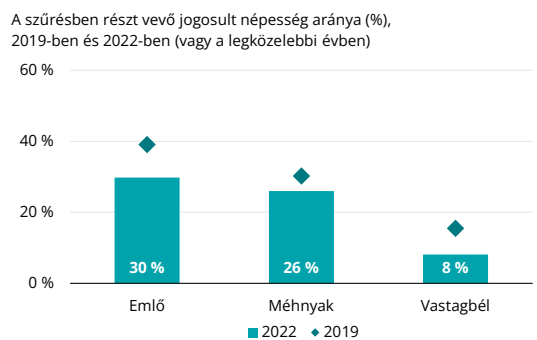
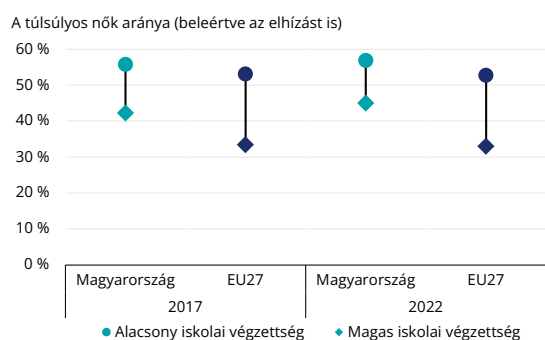


A rák Magyarországon

Magyarországon mind a férfiak, mind a nők esetében uniós átlag feletti a rákos megbetegedések becsült incidenciája és a daganatos halálozás; ebben komoly szerepe van a jelentős tüdőrák- és vastagbélrákterheknek. Annak ellenére, hogy 2011 óta csökkent a rák miatti mortalitás, 2021-ben a 100 000 lakosra jutó 310 daganatos halálozással továbbra is EU-szerte Magyarországon volt a legmagasabb a rák miatti mortalitás. A daganatos mortalitás lényegesen magasabb volt a férfiak körében (100 000 lakosra 415), mint a nőknél (100 000 lakosra 245).

Kockázati tényezők és megelőzési politikák

Aggodalomra ad okot Magyarországon, hogy mind a felnőttek, mind a serdülők körében nagy gyakorisággal fordulnak elő a rákos megbetegedések kockázati tényezői. A magyarok körében a dohányzás, az ittasság és a túlsúly előfordulási gyakorisága egyaránt meghaladja az uniós átlagot. A magyar felnőtt nők körében a túlsúly előfordulási gyakorisága 52% volt, ami 8 százalékponttal magasabb az uniós átlagnál. A legtöbb országhoz hasonlóan a túlsúly aránya egyharmaddal magasabb volt az alacsonyabban képzetek körében a magasabb végzettséggel rendelkezőkhöz képest. Szakpolitikák vannak érvényben, amelyek célja a dohányzás prevalenciájának csökkentése és a testmozgás növelése a serdülők körében.

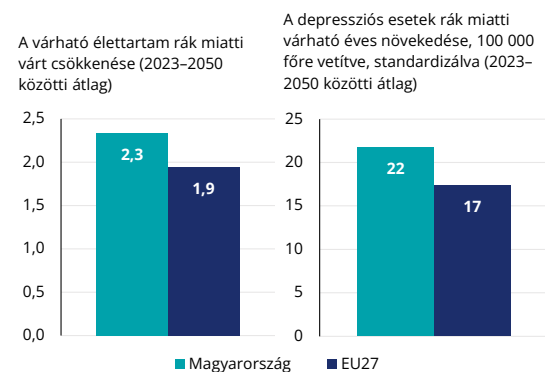


Korai felismerés

Magyarországon az emlő- és a méhnyakrákra vonatkozó szervezett szűrőprogramokban való részvétel az idők során csökkent, az emlőrák esetében 30%-ra, a méhnyakrák esetében pedig 26%-ra 2022-ben. Sok nő azonban a magánegészségügyben veszi igénybe a méhnyakrák-szűrést. A vastagbélrák-szűrés lefedettsége szintén alacsony (8%). A digitális megoldások kiaknázására és a szűrési szolgáltatások körének bővítésére irányuló erőfeszítések célja, hogy enyhüljenek a magyar lakosság körében a rák okozta terhek.

A rákellátás terén nyújtott teljesítmény

Az öt éves túlélési arány elmúlt évtizedben bekövetkezett javulása azt jelzi, hogy javult a rákellátás minősége Magyarországon. Az elmúlt években hozott intézkedések a magas színvonalú rákkezeléshez való hozzáférés javítására összpontosítottak a diagnosztikai és kezelési berendezések megújítása és bővítése révén. Az emberierőforrás-hiány azonban tartós kihívást jelent a rákellátási rendszerben. Emellett az elkövetkező években a rák várhatóan jelentősebb negatív hatással lesz a magyarok várható élettartamára és mentális egészségére, mint az EU más részein élők esetében.



2. A rák Magyarországon

A tüdő- és vastagbélrák magyarországi incidenciája meghaladja az uniós átlagot

A Nemzeti Rákregiszterből származó előzetes adatok azt mutatják, hogy Magyarországon 2022-ben 70 816 új rákos megbetegedés fordult elő (nem számítva a nem melanocitás rosszindulatú bőrtumort), ami meghaladta az előző két évben regisztrált számot (2020-ban 66 459, 2021-ben pedig 66 652), ugyanakkor nem érte el a világjárvány előtti szintet (2019-ben 74 249).

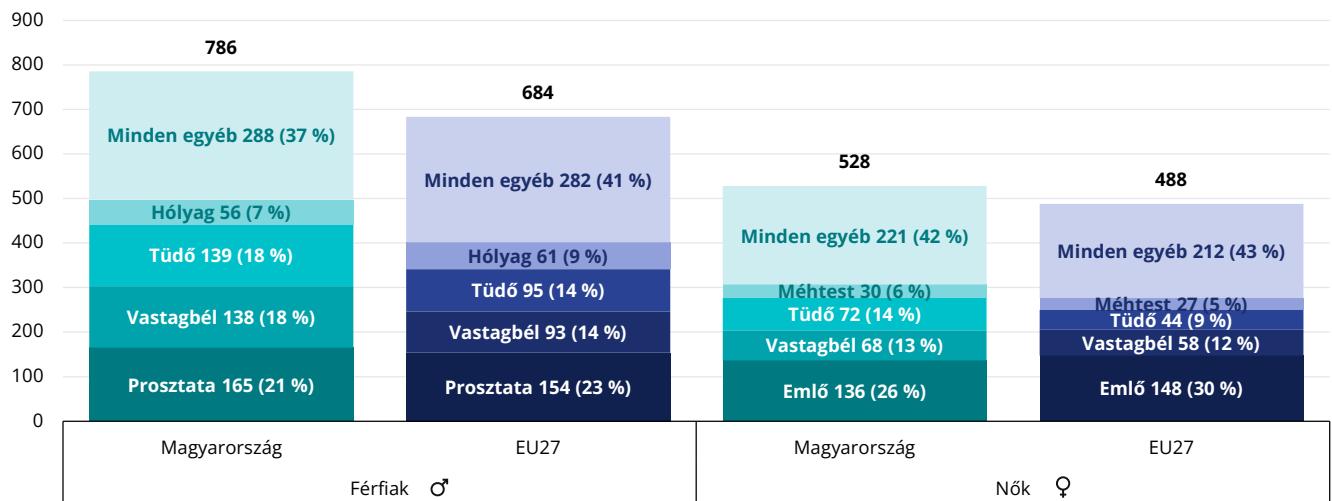
A Közös Kutatóközpont európai rákinformációs rendszerének (ECIS) a világjárvány előtti évek előfordulási tendenciáin alapuló életkor szerint standardizált becslései szerint 2022-ben 100 000 magyarra vetítve mintegy 626 új rákos megbetegedés fordult elő. A magyar nők körében

a rákos megbetegedések száma (100 000 főre 528) 8%-kal haladta meg az uniós átlagot (100 000 főre 488); míg a férfiak körében (100 000 főre 786) 15%-kal volt magasabb az uniós átlagnál (100 000 főre 684).

Az újonnan diagnosztizált daganatoknak a rák helye szerinti magyarországi megoszlása mind a férfiak, mind a nők körében az uniós átlagokhoz hasonló mintázatokat mutatott (1. ábra). Az EU-hoz hasonlóan a leggyakrabban diagnosztizált rákos megbetegedések a férfiak körében a prosztatarák (21%)¹, a nőknél pedig az emlőrák (26%), bár ezek a rákos megbetegedések Magyarországon arányaiban kisebb betegségteherért felelnek, mint az EU-ban, ahol az átlag 23% volt a prosztatarák és 30% az emlőrák esetében.

1. ábra: 2022-ben Magyarországon a tüdő- és a vastagbélrák aránya meghaladta az uniós átlagot

Standardizált incidenciája 100 000 főre vetítve, becslés, 2022



Megjegyzések: Az adatok az előző évek előfordulási tendenciáin alapuló becslések, és eltérhetnek az elmúlt években megfigyelt arányoktól. A nem melanómás bőrrák kivételével magukban foglalják a rák összes előfordulási helyét. A méhtráknak nem foglalja magában a méhnyakrákot.

Forrás: európai rákinformációs rendszer (ECIS). A <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> oldalról, a hozzáférés dátuma: 2024. március 10. © Európai Unió, 2024. Az incidenciája százalékos megoszlását újraszámítottuk a standardizált előfordulási arányok alapján, és így az eltér az ECIS honlapján feltüntetett abszolút számok százalékos lebontásától.

Magyarországon a rákos megbetegedések viszonylag magas összesített incidenciáját mindkét nem esetében az okozza, hogy az EU-hoz képest magasabb arányban diagnosztizálnak tüdő-² és vastagbélrákot. A férfiak körében a tüdőrák incidenciája 100 000 főre vetítve 139 volt (míg az uniós átlag 100 000 főre 95 eset), a vastagbélráké

pedig 100 000 főre 138 volt (szemben a 100 000 főre jutó 93-as uniós átlaggal). A magyar nők körében szintén lényegesen magasabb volt a tüdőrák és a vastagbélrák becsült incidenciája (100 000 lakosra vetítve 72, illetve 68 eset) az uniós átlaghoz képest, amely a tüdőrák esetében 100 000 főre vetítve 44, a vastagbélrák esetében pedig 100 000 főre 58 eset.

¹ A népesség alapú nyilvántartás alapján 2022-ben a férfiak körében a vastagbélrák és a tüdőrák volt a leggyakoribb rosszindulatú megbetegedés 5835, illetve 5629 új esettel (17%, illetve 16%), míg 4726 betegnél számoltak be új prosztatáról (14%).

² A tüdőrákba beleértendő a légcső- és a hörgőrák is.

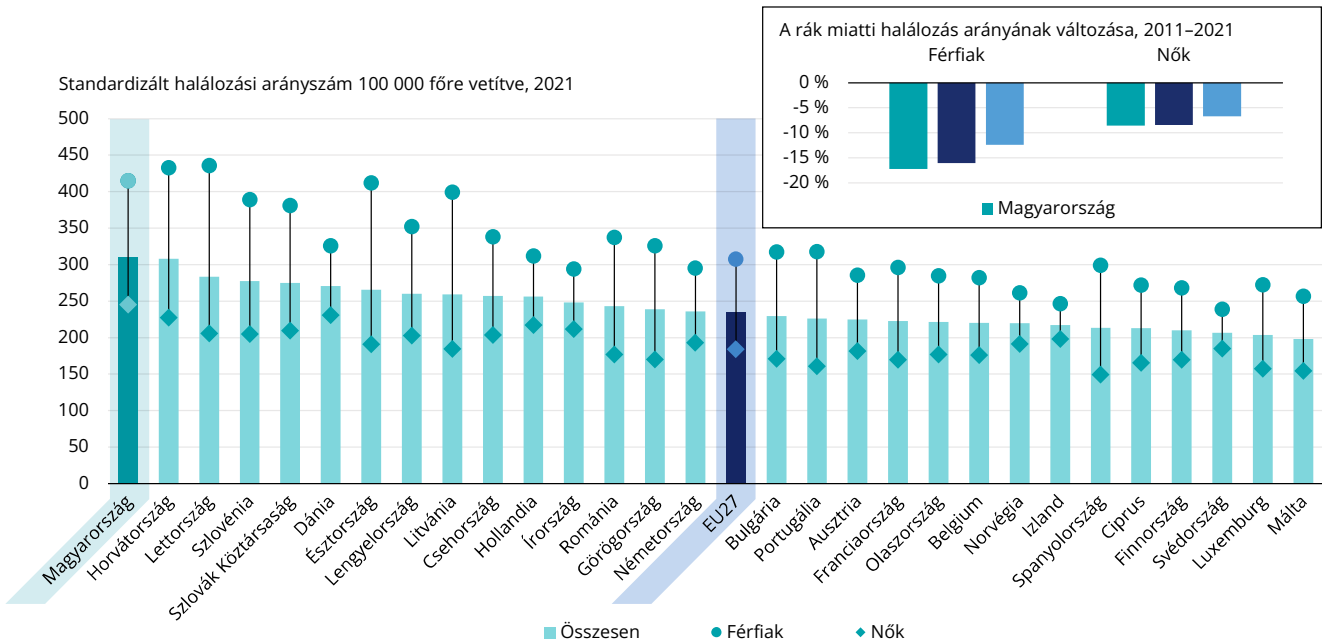
Ami a jövőt illeti, az ECIS becslései szerint 2022 és 2040 között 8,5%-kal fog nőni a daganatos esetek száma.

A magyarországi daganatos halálzási arány 2011 és 2021 között csökkent ugyan, de továbbra is a legmagasabb az EU-ban

2021-ben 100 000 főre vetítve 310 magyar halt meg rákban (2. ábra). Ez a legmagasabb regisztrált

halálzási arány az EU+2 országokon belül³. A többi uniós országhoz hasonlóan a magyar férfiak halálzási aránya lényegesen meghaladta a nőké. 2011 és 2021 között azonban Magyarországon a daganatos halálzási arány mind a férfiak, mind a nők körében jelentősen (17, illetve 9%-kal) csökkent. A csökkenés mindkét esetben meghaladta a gazdaságilag hasonló helyzetű országokra⁴ jellemző átlagos csökkenést (12% a férfiak és 7% a nők esetében).

2. ábra: 2021-ben Magyarországon a daganatos halálzás 32%-kal haladta meg az uniós átlagot



Megjegyzések: A gazdaságilag hasonló helyzetű országok alatt a vásárlóerő-paritáson számított, egy főre jutó 2022. évi GDP-n alapuló tercilis klaszterek értendők. HU esetében a gazdaságilag hasonló helyzetű országok BG, EE, EL, HR, LV, PL, PT, RO és SK. Forrás: az Eurostat adatbázisa.

Ráktípus szerint a fő halálokok továbbra is a tüdőrák (100 000 lakosra 78 eset), a vastagbélrák (100 000 lakosra 50) és az emlőrák (100 000 lakosra 23). Bár a 2011–2021 közötti időszakban Magyarországon e ráktípusok mindegyike esetében csökkent a halálzási arány (1. háttérmagyarázat),

2021-ben még mindig EU-szerte itt volt a legmagasabb az e rákos megbetegedésekből eredő regisztrált halálzási arány. Ez részben magyarázható azzal, hogy más európai országokhoz képest Magyarországon magas a boncolások aránya (Kiss et al., 2022).

1. háttérmagyarázat: Folyamatban van annak elemzése, hogy milyen hatással járt a Covid19 Magyarországon a rákos megbetegedések incidenciájára és a daganatos halálzásra

A Nemzeti Rákregiszterből származó adatok azt mutatják, hogy a 2018–2019-es és a 2020–2021-es időszak között a rákos megbetegedések átlagos incidenciája mintegy 10%-kal csökkent (MTA, 2023). Ez részben a világvjárványnak és a kapcsolódó járványügyi intézkedéseknek – például a lakossági ráksűrési programok ideiglenes leállításának – tudható be. Emellett dokumentálták a kezelt rákos betegek számának csökkenését és a kezelési epizódok (változó mértékű) visszaesését (Mayer et al., 2022). A Központi Statisztikai Hivatal 2019 (32 012 eset) és 2022 (30 456 eset) között 5%-os csökkenést regisztrált a daganatos halálzás tekintetében.

Bizonyítékok utalnak arra, hogy a világvjárvány miatt később – előrehaladottabb stádiumban – derült fény felderítetlen rákos megbetegedésekre. A Nemzeti Rákregiszter alapján elemezve, hogy miként alakult 2020–2021-ben a rák túlélési aránya a tüdő-, vastagbél- és emlőrákos betegek körében, megállapítást nyert, hogy 2019-hez képest a betegségek kimenetele nem romlott, ami arra utal, hogy azok a betegek, akiknek betegségét észlelték, továbbra is megfelelő onkológiai ellátásban részesültek. 2021-re azonban arányában magasabb lett a 3. stádiumban lévő betegek száma, főként az 1. és 2. stádium kárára (MTA, 2023).

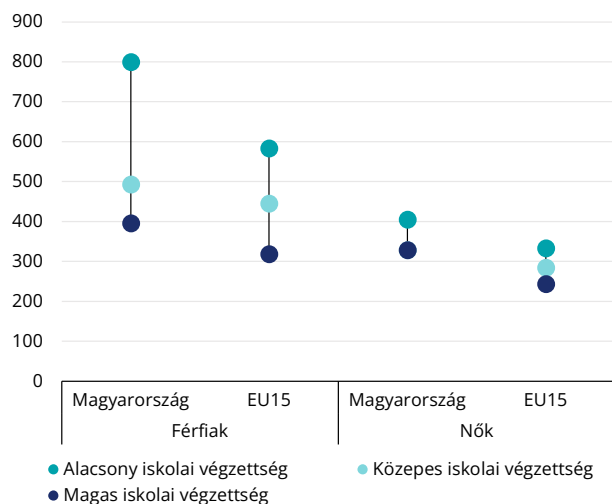
3 Az „EU+2 országok” a 27 uniós tagállamot (EU-27), valamint Izlandot és Norvégiát foglalják magukban.
 4 A gazdaságilag hasonló helyzetű országok alatt a vásárlóerő-paritáson számított, egy főre jutó 2022. évi GDP-n alapuló tercilis klaszterek értendők. HU esetében a gazdaságilag hasonló helyzetű országok BG, EE, EL, HR, LV, PL, PT, RO és SK.

A magyar férfiak körében az uniós átlaghoz képest nagyobbak az iskolázottsággal összefüggő egyenlőtlenségek

Bár a magasabb iskolai végzettség a férfiak és a nők körében egyaránt alacsonyabb a daganatos halálzási arány, a nőkhöz képest a különböző iskolai végzettséggel rendelkező férfiak esetében markánsabb különbségek tapasztalhatók a halálzási arányok között (3. ábra). A magasabb és alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében a standardizált halálzási arányok közötti különbség 100 000 férfira vetítve 404, ami meghaladja az EU-15 átlagát (265/100 000). A magyar nők esetében ez a különbség 100 000 főre vetítve mindössze 77, ami alacsonyabb az uniós átlagnál (89/100 000).

3. ábra: Magyarországon a daganatos halálzási arányok terén fennálló egyenlőtlenségek markánsabbak a férfiak, mint a nők körében

Standardizált összesített daganatos halálzási arányszám 100 000 főre vetítve



Megjegyzés: Az adatok az EU-CanIneq tanulmányból származnak és a 2015–2019-es időszakra vonatkoznak. Az EU-15 tizennégy uniós tagállam és Norvégia súlyozatlan átlagára utal.

Forrás: Európai Bizottság/IARC/Erasmus MC (2024): Mapping socio-economic inequalities in cancer mortality in European countries [A daganatos mortalitás terén fennálló társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek feltérképezése európai országokban]. Az ECIR egyenlőtlenségekről szóló tájékoztatója.

Magyarországon a leggyakoribb daganattípusok esetében következetesen uniós átlag feletti az elkerülhető halálzási aránya

A jobb prevenciósi stratégiáknak és a kezelési lehetőségek terén elért előrelépéseknek köszönhetően napjainkban a 75 év alattiak körében bekövetkező, rák okozta halálesetek jelentős része potenciálisan elkerülhetőnek tekinthető⁵. A (megelőzhetőként besorolt) tüdőrákból eredő elkerülhető halálzási aránya az uniós átlagokkal összevetve arra utal, hogy nagyobb figyelmet kell fordítani a népegészségügyi intézkedésekre és az elsődleges prevencióra. 2021-ben a tüdőrák okozta halálzási aránya a magyar nők (100 000 főre vetítve 44) és a férfiak (100 000 főre vetítve 83) esetében 112%-kal, illetve 88%-kal volt magasabb, mint az uniós átlag (21/100 000 a nők körében és 44/100 000 a férfiaknál). A magyarországi arányok azonban 2011 óta a nők körében 1%-os, a férfiak körében pedig 27%-os csökkenést mutatnak. Míg a férfiak esetében mért 27%-os csökkenés összhangban van az ugyanebben az időszakban tapasztalt uniós tendenciával, a nők esetében az uniós átlag 2011 és 2021 között 4%-kal nőtt (4. ábra).

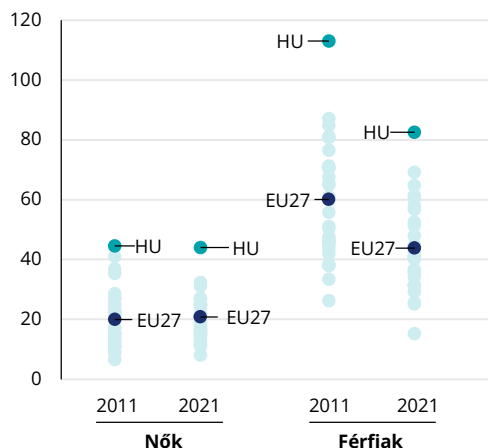
2021-ben a magyar lakosság körében a kezelhetőként besorolt emlőrák és vastagbélrák esetében az elkerülhető halálzási arány meghaladta az uniós átlagot. Az EU-hoz hasonlóan az arány 2011 óta mindkét ráktípus esetében csökkent, de a százalékos csökkenés EU-szerte magasabb volt, mint Magyarországon. A magyarok körében fennálló elkerülhető daganatos halálzási arányhoz kapcsolódó jelentős terhek azt mutatják, hogy javítható az időben biztosított és hatékony rákkezeléshez való hozzáférés.

2021-ben Magyarországon az emlőrákból eredő elkerülhető halálzási arány 100 000 nőre vetítve 24 volt, ami 29%-kal magasabb az uniós átlagnál (19/100 000). Az arány 2011 óta 8%-kal csökkent, míg az uniós átlag 16%-kal esett vissza. A vastagbélrák esetében Magyarországon 2021-ben az elkerülhető halálzási arány a nők körében 100 000 főre vetítve 20 volt (kétszer annyi, mint az uniós átlag 100 000 főre vetítve 10 esettel), a férfiak esetében pedig 44 (ami 2,5-szer magasabb, mint az uniós átlag 100 000 főre vetítve 18 esettel). 2011-hez képest Magyarországon az arány a nők körében 6%-kal, a férfiak esetében pedig 7%-kal csökkent, míg az uniós átlagok mind a férfiak, mind a nők esetében 18%-kal estek vissza.

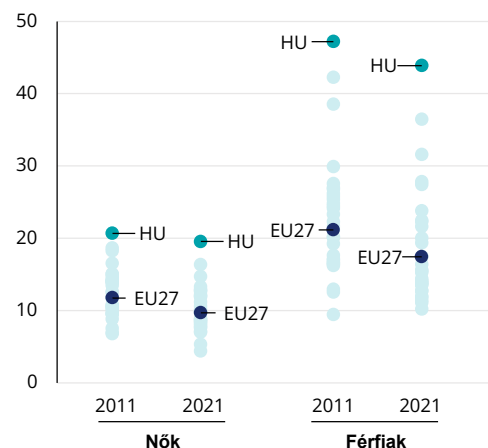
⁵ Az elkerülhető halálzási arány egyaránt magában foglalja a hatékony népegészségügyi és prevenciósi beavatkozásokkal megelőzhető haláleseteket, valamint az időben biztosított és hatékony egészségügyi beavatkozások révén kezeléssel elkerülhető haláleseteket.

4. ábra: 2011 és 2021 között az emlőrák, a vastagbélrák és a tüdőrák tekintetében az elkerülhető halálozás aránya Magyarországon továbbra is magasabb volt az uniós átlagnál

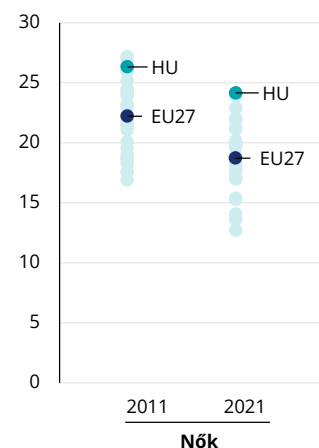
Tüdőrák miatti standardizált elkerülhető halálozás 100 000 főre vetítve



Vastagbélrák miatti standardizált elkerülhető halálozás 100 000 főre vetítve



Emlőrák miatti standardizált elkerülhető halálozás 100 000 főre vetítve



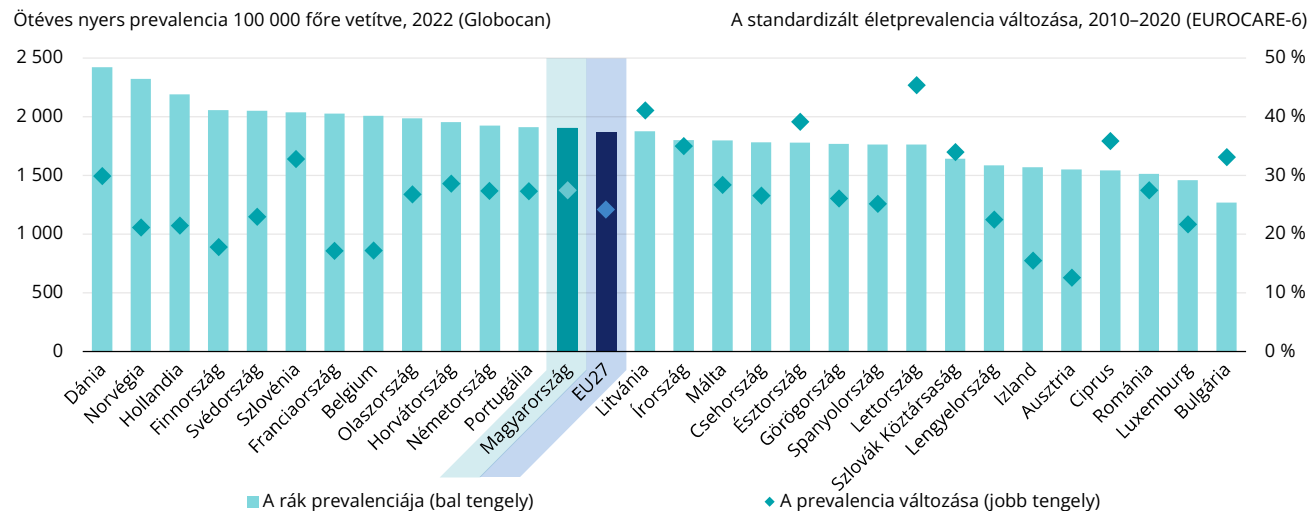
Megjegyzés: Az elkerülhető halálozásra vonatkozó adatok a 75 év alatti személyek halálára vonatkoznak. Forrás: az Eurostat adatbázisa. Az adatok 2021-re vonatkoznak.

Az EU-hoz hasonlóan Magyarországon is nőtt a rák előfordulási gyakorisága

2022-ben Magyarországon a rákos megbetegedések öt éves prevalenciája⁶ 100 000 főre vetítve 1 906 eset volt, ami megközelíti az uniós átlagot (100 000 főre 1 876 eset). 2010 és 2020 között a

rák életprevalenciája Magyarországon 28%-kal, az EU-ban pedig 24%-kal nőtt (5. ábra). Ez a növekedés rávilágít arra, hogy egyre fontosabb összpontosítani az életminőségre és a túlélésre (lásd az 5.4. szakaszt), mivel az emberek hosszabb ideig élnek rákkal, és egyre többek kórtörténetében szerepel a betegség.

5. ábra: 2022-ben Magyarországon a rák öt éves prevalenciája megközelítette az uniós átlagot



Források: IARC Globocan adatbázis 2024; EUROCARE-6 tanulmány (De Angelis et al., 2024).

⁶ A rák prevalenciája (előfordulási gyakorisága) a lakosság azon hányadát jelenti, akiknél rákot diagnosztizáltak, és még életben vannak, beleértve a jelenleg rákkezelés alatt állókat és azokat is, akik esetében a kezelés lezárult. A rákos megbetegedések öt éves prevalenciája azokat az embereket foglalja magában, akiket az elmúlt öt évben diagnosztizáltak, míg az életprevalencia azokat veszi figyelembe, akiknél valaha diagnosztizáltak rákot.

A Nemzeti Rákellenes Program, amely az onkológiai ellátás valamennyi aspektusával foglalkozik, iránymutatásul szolgál a magyarországi onkológiai ellátás fejlesztéséhez

A Nemzeti Rákellenes Program 2018 óta alapot biztosít az onkológiai ellátás magyarországi fejlesztéséhez (2. háttérmagyarázat). Átfogó célkitűzése, hogy 2030-ig 10%-kal csökkenjen a daganatos halálozás. Ennek elérése érdekében intézkedéseket vázol fel a rák kezelésének valamennyi aspektusára vonatkozóan, a

megelőzéstől kezdve a palliatív ellátásig. Ezek közé tartozik az onkológiai berendezések folyamatos megújítása és bővítése, valamint a robotsebészeti program folytatásához nyújtott finanszírozás növelése. Hangsúlyt kap továbbá a rákkeltő tényezők csökkentése a magyar lakosság körében, új szűrőprogramok bevezetése és a meglévő programok reformja. A teljes magyar onkológiai ellátórendszer Európai Onkológiai Intézetek Szervezete általi akkreditációjának elindítása szintén a jelenlegi prioritások közé tartozik (MTA, 2023).

2. háttérmagyarázat: A 2018 és 2030 közötti időszakra szóló magyar Nemzeti Rákellenes Program foglalkozik az európai rákellenes terv pilléreivel

A 2018 és 2030 közötti időszakra szóló magyar Nemzeti Rákellenes Programban leírt intézkedések célja 1) az olyan főbb rákkockázati tényezők mérséklése, mint a dohányzás és az alkoholfogyasztás, a rossz táplálkozás, a humán papillomavírus-fertőzés és a foglalkozási expozíció; 2) az emlő-, méhnyak- és vastagbélrákra vonatkozó (államilag fedezett) lakossági szűrőprogramok hatékonyságának növelése, valamint a lakossági szűrési szolgáltatások körének bővítése (alacsony dózísú komputertomográfiai [CT] tüdőrákszűrés bevezetésével); 3) a minőségi rákkezelés biztosítása az onkológiai központok centralizált rendszerében, infrastrukturális fejlesztések, a betegutak optimalizálása és a magyar onkológiai ellátórendszer európai akkreditációjának előkészítése révén; 4) a daganatos betegek támogatásának növelése, segítve őket a mindennapi életbe való visszailleszkedésben az onkorehabilitációs és az onkopszichológiai ellátási kapacitások fejlesztése révén, továbbá 5) Magyarország rákkutatásban betöltött szerepének megerősítése és növelése (1. táblázat). Emellett egyes intézkedések foglalkoznak az egyenlőtlenségek csökkentésével, különösen a korai felismerési programokhoz való földrajzi hozzáférés terén. A rákbeteg gyermekek ellátása a Magyar Gyermekonkológiai Hálózat feladata, amely a Nemzeti Gyermekonkológiai Regisztert is működteti (lásd: Reflektorfényben a gyermekkori rák).

1. táblázat: A magyar Nemzeti Rákellenes Program nagyjából illeszkedik az európai rákellenes tervhez (EBCP)

Az EBCP pillérei				Az EBCP transzverzális témái		
Megelőzés	Korai felismerés	Diagnózis és kezelés	Életminőség	Egyenlőtlenségek a rák tekintetében	Gyermekkori rák	Kutatás és innováció
●	●	●	●	●	●	●

Megjegyzések: EBCP = európai rákellenes terv. Kék szín jelzi, ha a magyar Nemzeti Rákellenes Program külön szakaszt tartalmaz a témáról; narancssárga jelzi, ha a téma a program egyik szakaszában szerepel anélkül, hogy egyedül azon lenne a hangsúly; és rózsaszín jelzi, ha a program nem foglalkozik az adott témával.

Forrás: Adaptálva a „Study on mapping and evaluating the implementation of the Europe’s Beating Cancer Plan” [Tanulmány az európai rákellenes terv végrehajtásának feltérképezéséről és értékeléséről] című dokumentumból (még nem tették közzé).

3. Kockázati tényezők és megelőzési politikák

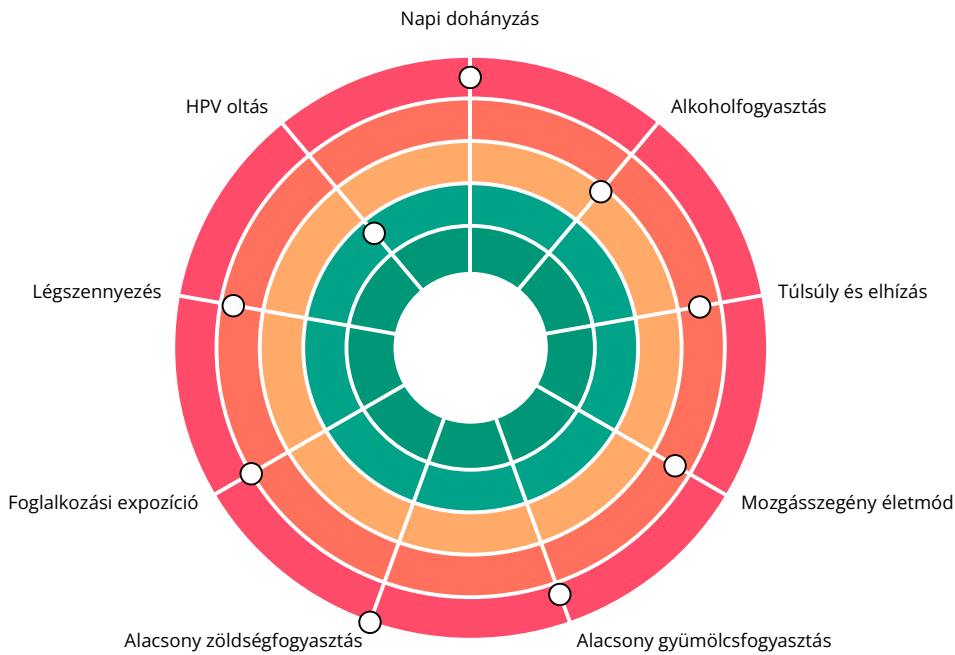
A magatartási és környezeti kockázati tényezők előfordulási gyakorisága Magyarországon magasabb, mint az EU-ban

A kockázati tényezők magyarok körében tapasztalható előfordulási gyakorisága jelentős mértékben hozzájárul a rákos megbetegedések jelentette teherhez (lásd a 2. szakaszt). Az Egészségügyi Mérési és Értékelési Intézet becslései szerint 2021-ben a dohányzás tumorokhoz kapcsolódó kockázata az országon belüli összes halálestet 5%-ához járult hozzá. Az étrendi kockázatok 2%-ban járultak hozzá a magyar népességben belüli összes halálozáshoz,

a nagymértékű alkoholfogyasztás 1%-ban, a mozgásszegény életmód pedig 0,3%-ban.

Magyarország az EU+2 országokhoz képest gyengén teljesít több kockázati tényező, köztük a túlsúly vagy az elhízás, a mozgásszegény életmód, az alacsony gyümölcs- és zöldségfogyasztás, a foglalkozási expozíció, a légszennyezés és a napi dohányzás tekintetében (6. ábra). 2021-ben a megelőzésre fordított kiadások⁷ a folyó egészségügyi kiadások 8%-át tették ki, ami 2020-hoz képest 4 százalékpontos növekedést jelent a Covid19-el kapcsolatos kiadások miatt, és meghaladja a 6%-os uniós átlagot.

6. ábra: Magyarország számos rákkockázati tényező tekintetében az uniós országok alsó harmadába tartozik



Megjegyzések: Minél közelebb helyezkedik el a pont a középponthoz, annál jobban teljesít az adott ország a többi uniós országgal összevetve. Egyik ország sincs a fehér „célterületen” belül, mivel minden országban van még hová fejlődni minden téren. A légszennyezést a 2,5 mikrométernél (PM_{2,5}) kisebb átmérőjű lebegő részecskékben mérik.

Források: Az OECD számításai a 2022. évi EU-SILC felmérés alapján a túlsúlyra, az elhízásra, a testmozgásra, valamint a gyümölcs- és zöldségfogyasztásra vonatkozóan (felnőttek esetében); Eurofound-felmérés a foglalkozási expozícióra vonatkozóan; az OECD dohányzásra, (felnőttkori) alkoholfogyasztásra és légszennyezésre vonatkozó egészségügyi statisztikái; valamint a WHO a humán papillomavírus (HPV) elleni védőoltás tekintetében (15 éves lányok).

⁷ Az egészségügyi számlákban szereplő prevenció kiadásoknak a nemzeti programokon kívüli tevékenységeket is magukban kell foglalniuk (pl. alkalmasszerű ráksűrítés vagy a dohányzásról való leszokást célzó tanácsadás az orvossal való rutinjellegű kapcsolatfelvétel esetén), a gyakorlatban azonban az országok számára nehézséget okozhat az ilyen programokon kívüli prevenció kiadások azonosítása.

Az országos iskolaalapú oltási program célja a humán papillomavírus elleni átoltottság növelése

A 6. ábrán mért kockázati tényezők közül Magyarország viszonylag jól teljesít a humán papillomavírus (HPV) elleni védőoltás terén. 2023-ban azon lányok aránya, akik 15 éves korukra megkapták a HPV-oltás valamennyi ajánlott dózisát, Magyarországon 76% volt, szemben a 64%-os uniós átlaggal. A fiúk esetében ez az arány 64% volt. A lányokat 2014 óta célzó (2020/2021-ben a fiúkra is kiterjesztett) oltási program célja a HPV elleni átoltottság növelése.

A magyarok az uniós átlag feletti mértékben vannak kitéve légszennyezésnek

2020-ban Magyarországon a lakosság $PM_{2,5}$ -nek való becsült átlagos kitétsége ($14 \mu\text{g}/\text{m}^3$) magasabb volt, mint az EU-ban ($12 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Becslések szerint a légszennyezésnek való kitétség 100 000 lakosra vetítve 107 esetben okozott korai halálozást Magyarországon, ami a harmadik legmagasabb érték az EU-ban, Bulgária ($165/100\ 000$) és Lengyelország ($128/100\ 000$) után.

Egyre nagyobb teret nyernek Magyarországon az új nikotin- és dohánytermékek

A magyarországi dohányzási arány 2019-ben a legmagasabbak között volt az EU-ban; akkor a 15 évesnél idősebb magyarok 25%-a számolt be napi dohányzásról. Ez némileg csökkent a dohányzási arányt tükröz 2014 óta (26%). Az új nikotin- és dohánytermékek azonban egyre nagyobb teret

nyernek. A 2014–2019-es időszakban az elektromos cigaretta rendszeres használóinak aránya 0,6%-ról 2%-ra nőtt. Az e-cigaretta használata a 15 éves magyarok körében is elterjedt: 2022-ben azok aránya, akik elmondásuk szerint használtak e-cigaretta-t az elmúlt 30 napban (33%) vagy valaha (47%), az egyik legmagasabb volt az EU-ban, és jelentősen meghaladta az ugyanezen kategóriákban mért 21%-os, illetve 35%-os uniós átlagot.

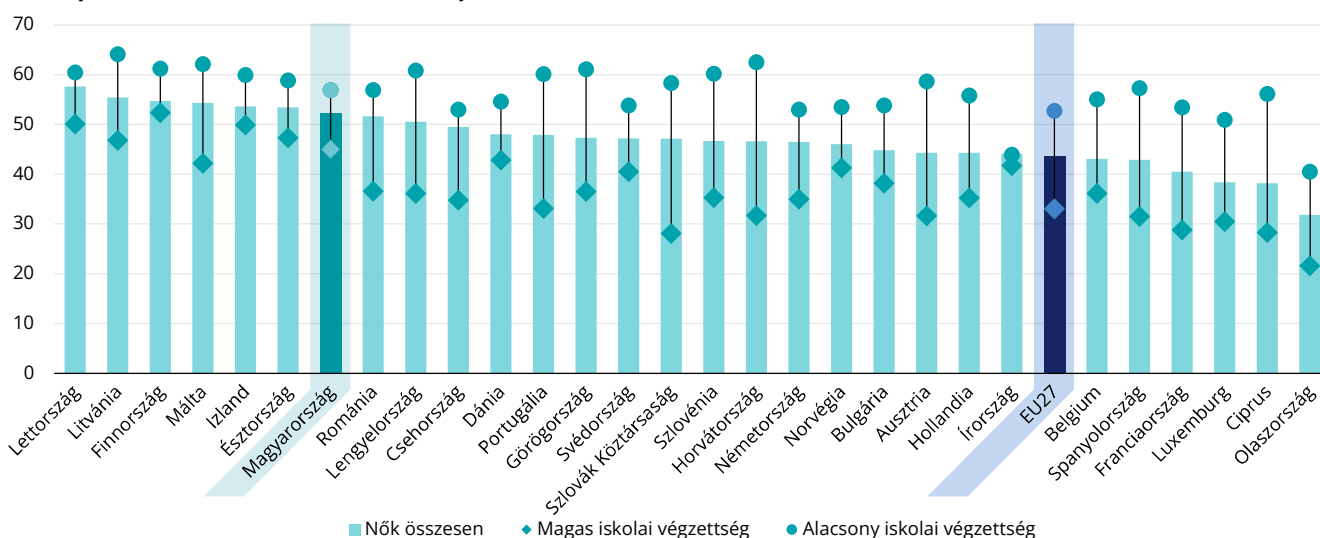
Egyre nagyobb népegészségügyi probléma Magyarországon a túlsúly és az elhízás

Magyarországon a 18 év felettek körében a túlsúly és az elhízás aránya társadalmi-gazdasági csoportokon átívelően magasabb az uniós átlagnál. Emellett, míg az EU-ban a túlsúly előfordulási gyakorisága 2017–2022-ben kismértékben (52%-ról 51%-ra) csökkent, Magyarországon a gyakoriság nőtt (56%-ról 58%-ra emelkedett). 2022-ben a jelentések szerint a nők és a férfiak több mint fele (52%, illetve 65%) volt túlsúlyos, míg a magyarok 22%-a (a nők mintegy 20%-a, a férfiaknak pedig 25%-a) elhízottnak minősült. Ezzel szemben 2022-ben az európaiak 15%-a volt elhízott (a nők 14%-a, a férfiaknak pedig 16%-a).

A magyar nők körében a túlsúly (és azon belül az elhízás) előfordulási aránya 52% volt, ami magasabb az uniós átlagnál (44%). A legtöbb országhoz hasonlóan a túlsúly aránya magasabb volt az alacsonyabban képzettségű körében (57%) a magasabb végzettséggel rendelkezőkhöz képest (45%) (7. ábra).

7. ábra: 2022-ben a magyar nők fele volt túlsúlyos, ami meghaladta az uniós átlagot

A túlsúlyos (és azon belül az elhízott) nők %-os aránya a 18 éves és annál idősebb nők körében, 2022



Megjegyzés: a túlsúly (és azon belül az elhízás) a 25 feletti testtömegindexszel (BMI) rendelkezőket foglalja magában.
Forrás: az Eurostat adatbázisa.

A magyar lakosság körében a túlsúly magas és növekvő előfordulási gyakoriságát magyarázzák a táplálkozási szokások. 2022-ben Magyarországon társadalmi-gazdasági csoportokon átívelően uniós átlag alatti volt a gyümölcs- és zöldségfogyasztás. A magyarok magas hányada számolt be arról, hogy naponta egynél kevesebbszer eszik gyümölcsöt (59%) és zöldséget (67%), a gyümölcs (39%) és a zöldség (40%) esetében mért uniós átlaghoz képest.

2022-ben a magyarok az uniós átlaghoz képest (70%) gyakrabban számoltak be arról, hogy egy tipikus héten kevesebb mint háromszor végeznek testmozgást (74%). Mozgásszegény életmódról minden korcsoportban azok számoltak be gyakrabban, akik alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek. Összességében a felsőfokú végzettséggel rendelkező magyarok 73%-a számolt be mozgásszegény életmódról, míg az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében ez az arány elérte a 76%-ot.

A dohányzás, az ismétlődő ittasság és a túlsúly továbbra is elterjedtebb a magyar serdülők körében, mint az EU-ban

2022-ben Magyarországon több kockázati tényező továbbra is elterjedtebb volt a 15 évesek körében az uniós átlaghoz képest. A dohányzás előfordulási gyakorisága a serdülők körében lényegesen magasabb (30%), mint az uniós átlag (17%). Hasonlóképpen a magyar 15 évesek magasabb

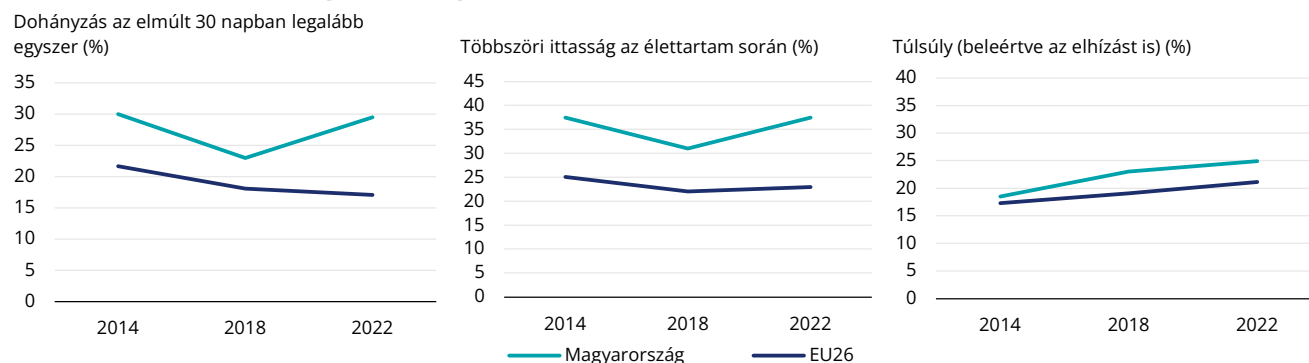
hányada (38%) számolt be ittasságról, mint az uniós átlag (23%). A dohányzásról és az ittasságról beszámoló serdülők aránya 2018 óta növekvő tendenciát mutat Magyarországon (akkoriban 23%-uk számolt be dohányzásról, 31%-uk pedig ittasságról). A Covid19-világjárvány részben magyarázhatja ezt a mintázatot.

2022-ben a 11–15 évesek körében a magyarok nagy hányada számolt be dohányzásról és ittasságról, függetlenül a család anyagi helyzetétől. A felső jövedelmi ötödbe tartozók között mind a dohányzás (13%), mind az ittasság (19%) meghaladta az uniós átlagot (9% a dohányzás és 12% az ittasság esetében), míg az alsó jövedelmi ötödben az ilyen magatartást tanúsítók aránya a legmagasabb volt az uniós országok között (a dohányzás esetében 23%, az ittasság esetében pedig 22%).

A túlsúly aránya folyamatosan nőtt a serdülők körében: míg 2014-ben a 15 éves magyaroknak csupán 19%-a volt túlsúlyos, 2022-re ez az arány 25%-ra emelkedett. Bár ez a növekedés megfelel az uniós tendenciának, 2022-ben a túlsúly a magyar 15 évesek körében gyakoribb volt az uniós átlaghoz (21%) képest (8. ábra).

A nem megfelelő táplálkozás hozzájárul a túlsúlyhoz és az elhízáshoz. Magyarországon a 15 évesek 24%-a fogyasztott naponta gyümölcsöt (szemben a 30%-os uniós átlaggal), és 27%-a fogyasztott naponta zöldséget (szemben az EU-ban mért 34%-kal).

8. ábra: A kockázati tényezők 15 évesek körében mért előfordulási gyakorisága kedvezőtlen tendenciákat mutat Magyarországon



Megjegyzések: az uniós átlag nem súlyozott. Az adatok a 2022-es évre és 15 éves gyermekekre vonatkoznak.

Forrás: Health Behaviour in School Aged Children survey [az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására vonatkozó felmérés].

Magyarország igyekszik népszerűsíteni a serdülők körében az aktív életmódot

2014 és 2022 között azon 15 éves magyarok aránya, akik arról számoltak be, hogy naponta 60 perc testmozgást végeznek, 18%-ról 21%-ra nőtt, meghaladva a 2022-es uniós átlagot (15%). Ez részben tükrözheti a magyar kormány által a serdülők aktív életmódjának előmozdítása

érdekeiben tett lépéseket; 2012 óta a magyarországi iskolai tantervek részét képezi a mindennapos testnevelés. Emellett 2023 óta a mobilizálják a népegészségügyi termékadót az aktív életmód ösztönzésére. Ez a 2011 óta hatályos jövedéki adó olyan élelmiszer- és italtermékekre vonatkozik, amelyekről ismert, hogy egészségügyi kockázatot jelentenek. 2023 augusztusa óta az ezen adó

hatálya alá tartozó vállalatok az adóösszeg 10%-át az aktív életmódot előmozdító programok finanszírozására adományozhatják. Szakértői bizottságot hoztak létre az ezen intézkedés keretében finanszírozott programok kidolgozására: prioritásai között szerepelnek az aktív életmódot elősegítő infrastrukturális fejlesztések, valamint az iskoláskorú és hátrányos helyzetű gyermekeket célzó tevékenységek.

Egy szigorú dohányzás-ellenőrzési rendszer csökkentené Magyarországon a következő két évtizedben várt rákterhet

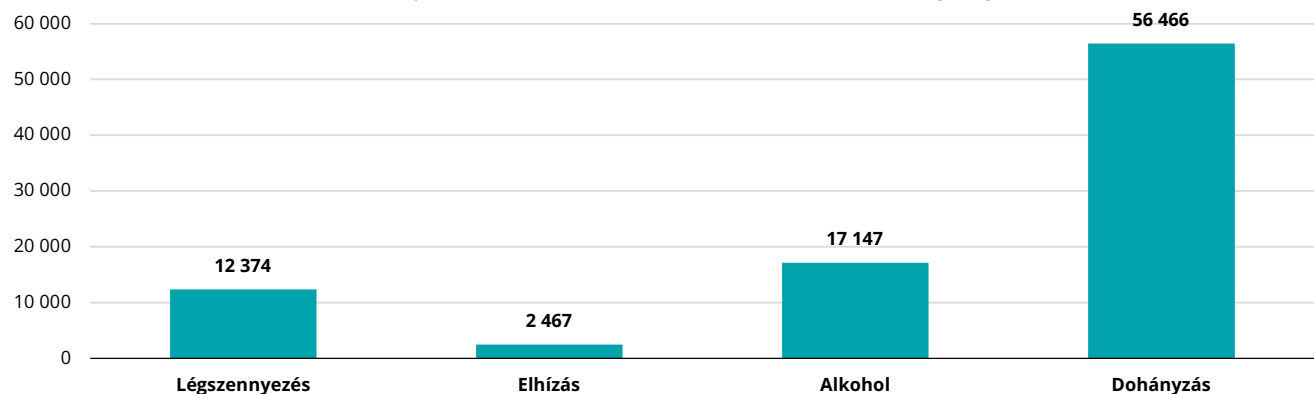
A magas magyarországi tüdőrákterhelés miatt (lásd a 2. szakaszt) a dohányzás gyakoriságának csökkentése jelentős pozitív hatást gyakorolna a rákos megbetegedések magyarországi előfordulásának csökkentésére. Az OECD stratégiai népegészségügyi tervezése (SPHeP) keretében végzett modellezés szerint, ha a dohányzás prevalenciájára vonatkozó célok teljesülnének, 2023–2050 között Magyarország 56 466 új rákos

megbetegedést kerülne el (9. ábra). Az alkoholra vonatkozó célkitűzés megvalósítása 17 147 esettel csökkentheti a rákos megbetegedések terhét; további 12 374 esetet lehetne elkerülni azzal, ha teljesülnének a légszennyezési célok, és 2 467 esetet azzal, ha sikerülne elérni az elhízásra vonatkozó célokat.

Magyarországon 2011–2013 óta számos intézkedés van hatályban a dohányzás visszaszorítására. Ezek közé tartozik a dohány-kiskereskedelem átszervezése, a zárt nyilvános helyeken történő dohányzás betiltása, a jövedéki adó emelése, valamint a kötelező figyelmeztető címkék elhelyezése a dohánytermékeken. 2021-ben a cigaretta minimális uniós jövedéki adójának való megfelelés érdekében a kormány két alkalommal emelte a dohánytermékekre kivetett adót. Emellett 2022–2023-ban Magyarország semleges csomagolást vezetett be, és kiterjesztette a figyelmeztető címkéket a hevített dohánytermékekre, hogy ellene hasson a népszerűségük növekedésének.

9. ábra: A dohányzás csökkenésével több, mint 56 000 rákos megbetegedés lenne megelőzhető 2023 és 2050 között

A 2023–2050 közötti időszakban a kockázati tényezőkre vonatkozó célértékek elérése miatt elkerült rákos megbetegedések száma



Megjegyzések: A dohányzásra vonatkozó cél az, hogy 2010 és 2025 között 30%-kal csökkenjen a dohányzás, 2040-re pedig a lakosság kevesebb mint 5%-a használjon dohányt. Az alkohol esetében a cél az, hogy 2010 és 2030 között legalább 20%-kal csökkenjen az összesített alkoholfogyasztás, és 20%-kal csökkenjen a nagyívás (egyszerre hat vagy több alkoholtartalmú ital a felnőttek esetében). A légszennyezés tekintetében a cél, hogy az évi átlagos $PM_{2.5}$ -szint 2030-ra legfeljebb $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$, 2050-re pedig legfeljebb $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$ legyen. Az elhízásra vonatkozóan kitűzött cél, hogy 2025-ig a 2010-es szintre csökkenjen az elhízás mértéke. Forrás: OECD (2024): Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Párizs, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

A kiskorúak dohánytermékekhez való hozzáféréseinek visszaszorítása érdekében Magyarország az egyik legszigorúbb dohány-kiskereskedelmi engedélyezési rendszert működteti

A kormány dohányellenes jogszabályainak részeként egy 2013-ban végrehajtott intézkedés átszervezte a magyarországi dohány-kiskereskedelmet. Ennek eredményeként az engedélyezett kiskereskedők sűrűsége 2010 és 2020 között 85%-kal csökkent (az 1 000 főre jutó 4-ről 0,6-ra).

Ezzel összefüggésben a (13–16 éves) serdülők körében csökkent a cigarettahasználat, a rövid távú jelentős csökkenést követően azonban – a szabályozási változások után 2-3 évvel – minimális volt a fiatalkori dohányzási gyakoriságára gyakorolt hatás. Ez rávilágít arra, hogy folyamatos nyomon követésre és kiegészítő dohányzás-ellenőrzési stratégiákra van szükség (Joó et al., 2024).

4. Korai felismerés

A társadalombiztosítás fedezi a Magyarországon működő három országos lakossági szűrőprogramot.

Az emlő-, méhnyak- és vastagbélrákra vonatkozó, a kötelező társadalombiztosítás által teljes mértékben fedezett lakossági szűrőprogramok célja, hogy megkönnyítsék a korai felismerési szolgáltatásokhoz való hozzáférést a magyarországi veszélyeztetett csoportok számára.

Az emlőrákra vonatkozó program 2002 óta működik, és a 45 és 65 év közötti nőkre irányul, ami szélesebb korcsoport, mint a legtöbb uniós országban, ahol az 50–69 év közötti a célcsoport. A kétévente küldött meghívólevelekben konkrét időpont szerepel valamely mammográfiai központban. A program Magyarország-szerte 49 mammográfiás szűrési szolgáltatót foglal magában. A földrajzi hozzáférés megkönnyítése érdekében a központok mindegyike egy meghatározott földrajzi területért felel, és a meghívottakat a lakóhelyük szerinti megfelelő központhoz irányítják.

A (2003-ban elindított) méhnyakrák-szűrési program keretében a 25–65 év közötti nőket háromévente citológiai vizsgálatra hívják.

A vastagbélrák-szűrési program 2018-ban indult, és kétévente célozza meg az 50–70 év közötti magyarokat. A kétlépéses folyamat a széklet immunkémiai vizsgálatából és (nem negatív eredmény esetén) kolonoszkópiából áll. A programot 2023-ig egy. a magyar kormány és az Európai Szociális Alap által finanszírozott projekt keretében finanszírozták. Ha egy adott háziorvos csatlakozott a programhoz, a vizsgálatra jogosult betegeit levélben felkérték, hogy vegyék fel vele a kapcsolatot a mintavételi csomag átvétele érdekében; ellenkező esetben elektronikus úton lehetett kérni a csomagot, amelyet postai úton küldtek meg. A jelentések szerint a magyar háziorvosok közel 40%-a csatlakozott a programhoz.

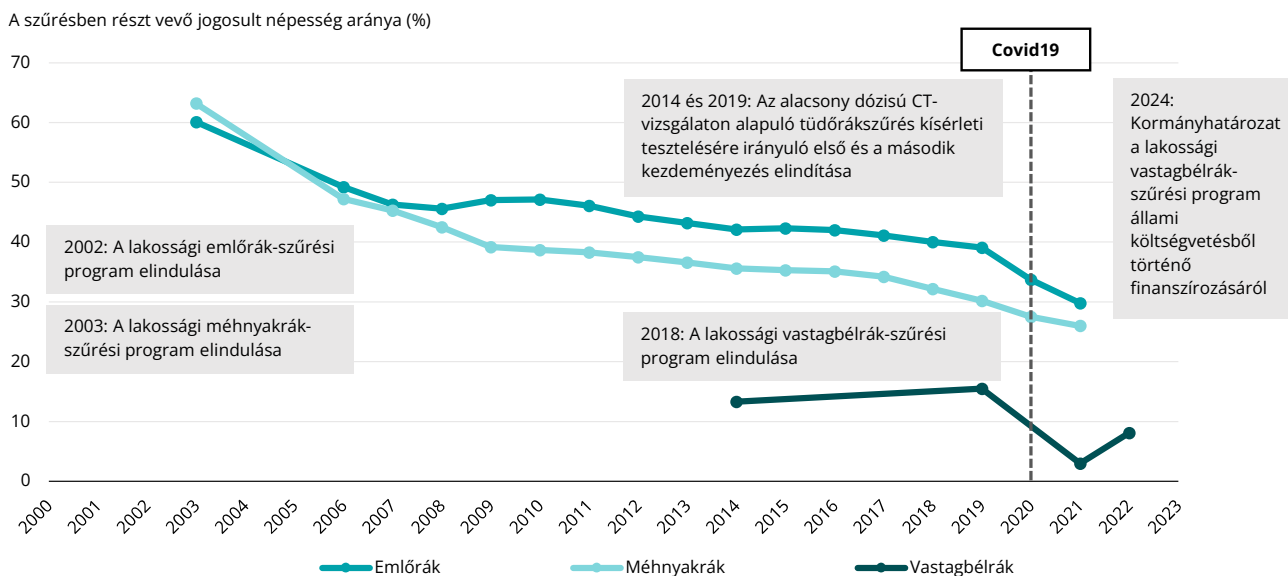
A projektből levont tanulságok alapján az egészségügyi hatóság 2024-ben – az emlő- és méhnyakszűréshez hasonlóan – célzott népegészségügyi szűrőprogramnak minősítette a vastagbél-szűrést, és egy 2024-es kormányhatározat előírja, hogy a jövőbeli finanszírozást az állami költségvetésből kell biztosítani.

A Covid19-világjárvány tovább súlyosbította a lakossági szűrésben való részvétel csökkenését Magyarországon

A programadatok azt mutatják, hogy 2021-ben a célcsoport 30%-a vett részt a magyarországi emlőrák-szűrési programban. Abban az évben a méhnyakrák-szűrési programban való részvétel aránya 26%-ra csökkent; a vastagbélrák-szűrési program esetében pedig az arány 8% volt, ami a legalacsonyabb azon 15 uniós ország közül, amelyek 2022-ben programadatokat szolgáltattak. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől származó, diagnosztikai és szűrési célú székletvér-vizsgálatokra vonatkozó adatok alapján a szűrési lefedettség a 2012–2021-es időszakban 5% és 7% között ingadozott. A nők részvételi aránya valamennyi magyar megyében meghaladta a férfiak részvételi arányát (Kívés et al., 2022).

Magyarországon a részvételi arányok mindhárom program esetében csökkennek. Noha az elmúlt néhány évben jelentős tényező volt a Covid19-világjárvány (például az emlőrákszűrésben való részvétel aránya 2019 és 2021 között 39%-ról 30%-ra csökkent), a rendelkezésre álló adatok tartósabb tendenciát tükröznek (10. ábra). 2006 és 2021 között a szűrőprogramokon való részvétel egyaránt csökkent az emlőrák (a 2006. évi 49%-ról – 39%-os csökkenés) és a méhnyakrák esetében (a 2006-as 47%-ról – 45%-os csökkenés). Ebben a tendenciában szerepet játszik az információhiány, az elégtelen kommunikáció és a nem megfelelő szintű preventív magatartás (Döbrössy et al., 2010).

10. ábra: Magyarországon folyamatosan csökken a szervezett szűrőprogramokban való részvétel aránya



Megjegyzések: Az adatok az előző két évben az 50 és 69 év közötti nők körében elvégzett mammográfiai szűrésre, az előző három évben a 20–69 év közötti nők körében elvégzett méhnyakrák-szűrésre, valamint az 50–70 éves népesség körében az előző két évben mért vastagbélrák-szűrési lefedettségre vonatkoznak. Az emlőrákra és a méhnyakrákra vonatkozó 2003-as szűrési adatok, valamint a vastagbélrákra vonatkozó 2014-es és 2019-es szűrési adatok felmérési adatokat tükröznek. Az összes többi adat programadat. Forrás: az OECD 2024-es egészségügyi statisztikái.

A tényleges szűrési lefedettség azonban magasabb lehet, mivel sok magyar a szervezett szűrőprogramokon kívül veszi igénybe ezeket a szolgáltatásokat. Sok magyar nő a magánegészségügyben esik át méhnyakrákszűrésen. Hasonlóképp, közelmúltbeli adatok arra utalnak, hogy az emlőrák-szűrési program által megcélzott nők mintegy 30%-a veti alá magát diagnosztikai célú mammográfiai vizsgálatnak állami vagy magánellátásban (MTA, 2023).

A szervezett szűrőprogramokban való részvétel növelése érdekében a Nemzeti Rákellenes Program céljainak elérését célzó szakértői ajánlások között szerepel egy, a kormány, a szakmai és betegszervezetek, valamint a média részvételével folytatott nemzeti figyelemfelkeltő kampány (lásd a 2. szakaszt).

Egyenlőtlenségek tapasztalhatók a rákszűrési szolgáltatásokhoz való hozzáférés terén

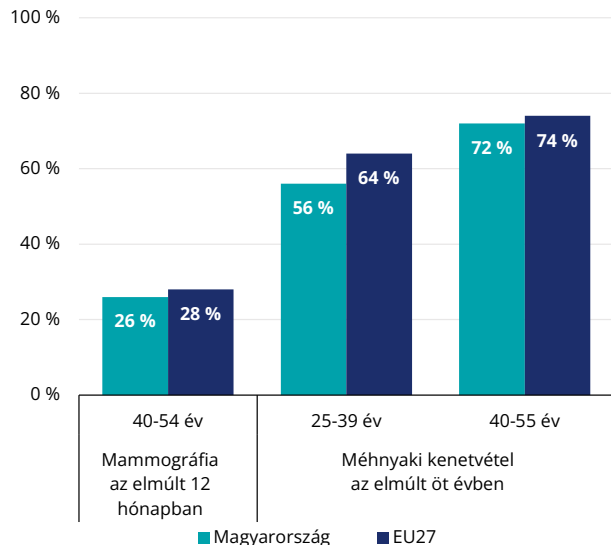
Az egészségre, az öregedésre és a nyugdíjba vonulásra vonatkozó európai felmérés (SHARE) adatai azt mutatják, hogy a magyar nők körében a korai felismerési szolgáltatásokhoz való hozzáférés terén iskolázottsági szint szerint jelentősek a különbségek. 2021–2022-ben az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező nőknek csak 31%-a számolt be arról, hogy kapott mammográfias felvételt, szemben a felsőfokú végzettséggel rendelkező nők 40%-ával.

Bizonyítékok vannak egyenlőtlenségekre etnikai kisebbségi csoportok kárára is, amelyek azt mutatják, hogy a magyarországi roma népesség kisebb valószínűséggel vesz igénybe citológiai szűrési szolgáltatásokat, mint a nem roma népesség. A részvétel javításához további erőfeszítésekre van szükség a tudatosság és az egészségműveltség javítása, valamint az egészségügyi dolgozók roma népességgel szembeni ismereteinek és érzékenységének növelése érdekében (Mózes és Feith, 2023).

Emellett a III. uniós LBMTIQ-felmérés szerint Magyarországon az LBMTIQ-személyek körében a rákszűrésben való részvétel alacsonyabb, mint más uniós országokban (11. ábra). Az emlőrákszűrés esetében a 40 és 54 év közötti cisztnemű LBMTIQ nők, a transznemű nők és az interszexuális személyek 26%-a számolt be arról, hogy az elmúlt 12 hónapban volt mammográfián, ami valamivel alacsonyabb, mint a 28%-os uniós átlag. A méhnyakrák szűrése tekintetében Magyarországon az érintett 25–39 éves LBMTIQ-népesség 56%-a számolt be arról, hogy az elmúlt 5 évben átesett kenetvételen (ez alacsonyabb az EU-ban mért 64%-nál), míg a 40 és 55 év közöttieknek 72%-a számolt be kenetvételtől (ami alacsonyabb az EU-ban mért 74%-nál).

11. ábra: Magyarországon az LMBTIQ-személyek kevésbé vesznek részt az emlő- és méhnyakrákszűrésben, mint uniós társaik

Emlő- vagy méhnyakrákszűrésen átesett LMBTIQ-személyek aránya (%)



Megjegyzések: az LMBTIQ-felmérés eredményei olyan korcsoportokra és/vagy szűrési időszakokra vonatkoznak, amelyek nem igazodnak az uniós országok népességszűrési megközelítéséhez, és így nem hasonlíthatók össze. Forrás: az Európai Unió Alapjogi Ügynöksége (az LMBTIQ-személyekkel kapcsolatos III. uniós felmérés).

A társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű közösségekben mobil szűrőegységekkel igyekeznek kezelni a részvételi arányok terén mutatkozó egyenlőtlenségeket

A 2018-ban indított magyarországi mozgó egészségügyi szűrőprogram („Helybe visszük a szűrővizsgálatokat”) szűrőbuszai országsszerte elsősorban a társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű közösségeket veszik célba. 2023 novemberéig 10 járművel látogattak el 300 ilyen közösségbe. A kínált szolgáltatások közé tartozik a melanóma, a méhnyakrák és a szájüregi daganatok szűrése. A mozgó egészségügyi szűrőprogram keretében előállított egészségügyi dokumentáció integrálódik a magyar e-egészségügyi infrastruktúrába (EESZT). A program támogatja a magyar lakosság egészségi állapotának figyelemmel kísérését azáltal, hogy közelebb hozza az emberekhez a preventív jellegű egészségügyi szolgáltatásokat, valamint ismeretterjesztést végezve felhívja a figyelmet az egészségügyi megelőzés többdimenziós jellegére. A szűrés mellett a program az egészségügyi kockázati tényezők megelőzésére is összpontosít.

2021 és 2023 között közel 7 000 szűrővizsgálatot végeztek a szájüregi rákra vonatkozóan kisebb és társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos

helyzetű közösségekben. Az eredmények azt mutatják, hogy e csoport körében nagyobb a rosszindulatú daganatok incidenciája (MTA, 2023).

Az alapellátás támogatja a korai felismerési programokban való részvétel javítását

Magyarországon a háziorvosok kulcsszerepet játszanak a korai felismerési szolgáltatásokhoz való hozzáférés javításában azáltal, hogy naprakész tájékoztatást nyújtanak a betegeknek a szűrési szolgáltatásokról. A lakossági emlőrákszűrésben való részvétel növelése érdekében mutatókon alapuló teljesítményértékelések révén pénzügyi ösztönzők is rendelkezésre állnak a háziorvosok számára. A teljesítményértékelési rendszerben használt mutatók egyike a szűrési lefedettség (a háziorvosi praxison belüli célcsoport azon hányada, amely az előző két évben átesett mammográfiai szűrésen). Ezek a mutatók pontozási rendszert alkotnak, amely meghatározza a kiegészítő javadalmazás elosztását.

Emellett a méhnyakrák korai felismeréséhez való hozzáférés javítása érdekében egy 2015-ös jogszabály-módosítás lehetővé tette a védőnők számára, hogy egy előírt 40 órás képzés elvégzését követően kenetvételel végezzenek. 2016 és 2022 között évente átlagosan 308 védőnő vett részt a szűrésben (Gyulai et al., 2022). A védőnők döntő szerepet töltenek be, tekintettel a társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű közösségekben élő nőkhöz való közelségükre és arra, hogy ismerik is ezeket a nőket. Kibővített szerepkörük célja e közelség kihasználása a korai felismeréshez való hozzáférés megkönnyítése érdekében (Mózes és Feith, 2023).

A tüdőrák korai felismerésére irányuló kezdeményezések a veszélyeztetett személyeket célozzák meg

A magyar lakosságon belüli magas tüdőrákterhelés kezelése érdekében (lásd a 2. szakaszt) kezdeményezések indultak, amelyek alacsony dóziszú CT-vizsgálatot alkalmaznak a tüdőrák szűréséhez. Egy nagyszabású kísérleti projekt (HUNCHEST-II) eredményei, amelyben 4215 magas kockázatú, 50 és 75 év közötti, erős dohányos műltra visszatekintő személy vett részt, azt mutatják, hogy az alacsony dóziszú CT-vel végzett tüdőrákszűrés megkönnyíti a korai diagnózist, ezáltal pedig alátámasztja a magas kockázatú csoportok szisztematikus tüdőrákszűrésének bevezetését (Kerpel-Fronius et al., 2024). Az Országos Onkológiai Intézet magyar kormányának szóló ajánlásai között szerepel az alacsony dóziszú CT-vizsgálaton alapuló tüdőrákszűrés bevezetése a veszélyeztetett csoportok esetében, valamint ezen

erőfeszítések összekapcsolása a dohányzásról való leszokást célzó programokkal (MTA, 2023).

Emellett 2024-ben hét országban, köztük Magyarországon is elindították a nem kissejtes tüdőrák elleni mRNS-alapú vakcina vizsgálatát.

A digitális megoldások fontos szerepet játszanak a korai felismerés és időben történő diagnosztizálás javítására irányuló magyarországi tervekben

Magyarország igyekszik kiaknázni az egészségügyben a mesterséges intelligenciát (MI) és digitális technológiákat. Ezen erőfeszítésekkel összhangban a vastagbéliszűrési program támogatása érdekében tesztelnek egy patológiai diagnosztikára irányuló, mesterséges intelligencián alapuló döntéstámogató algoritmust (lásd az 5.1. szakaszt). Ezen túlmenően a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ a mesterséges intelligencia bevezetését tervezi a nemzeti szűrőprogramok támogatása érdekében, kezdve az emlőrák-szűrési programmal. 2021-ben kísérleti projekt indult a mesterséges intelligenciával támogatott mammográfiai szűrés tesztelésére.

Tervek vannak arra vonatkozóan is, hogy digitális megoldásokat vesznek igénybe a lakossági szűrőprogramokban való részvétel növelése érdekében, abból kiindulva, hogy a célcsoportot jobban lehetne aktiválni digitális eszközökkel, mint a fizikai meghívólevelekkel. A vastagbéliszűrési program finanszírozásáról szóló 2024. évi kormányhatározat utasítja az illetékes hatóságokat olyan információtechnológiai fejlesztések elősegítésére, amelyek lehetővé tennék a szűrővizsgálatra szóló meghívók EgészségAblak alkalmazáson – a nemzeti e-egészségügyi infrastruktúra (EESZT) hivatalos alkalmazásán – keresztül történő megküldését.

A lakossági rákszűrési szolgáltatások fejlesztésére irányuló további munka ösztönzésével szakmai testületet bíztak meg. E szakértői csoport ajánlásai között szerepelt a mammográfiai célcsoport életkori tartományának kiszélesítése (45–64-ről 40–75-re), valamint a méhnyakrák korai felismerése terén a HPV-alapú szűrésre való áttérés. A nyilvántartási, nyomonkövetési és minőségbiztosítási információs rendszer fejlesztése, valamint a jelenlegi e-egészségügyi infrastruktúra rendszerével való összekapcsolása szintén szerepel a jövőbeli tervek között (MTA, 2023).

5. A rákellátás terén nyújtott teljesítmény

5.1. Hozzáférhetőség

A társadalombiztosítás minden ellátási útvonalhoz hozzáférést biztosít daganatos betegség esetén

Magyarországon az államilag finanszírozott egészségügyi ellátásra való jogosultságot a lakóhely és egy fennálló jogviszony biztosítja, amely munkaszerződéssel vagy más jogszabályi rendelkezéssel jön létre. A társadalombiztosítási rendszerben való részvétel kötelező, és ez hozzáférést biztosít a rákellátás valamennyi eleméhez – a szűréstől a palliatív ellátásig.

Bár 2021-ben Magyarországon az igénybevevők általi közvetlen (out-of-pocket) kifizetések viszonylag magasak voltak az uniós átlaghoz képest (az összes folyó egészségügyi kiadás 25%-a, illetve 15%-a), az onkológiai ellátás nem tartozik ennek fő mozgatórugói közé. Míg a magánszolgáltatók

jelentősebb szerepet játszanak a szűrésben (lásd a 4. szakaszt), a diagnózis megállapítását követően a magyar betegek általában az állami rendszerben részesülnek ellátásban. Az onkológiai ellátás magas költségei részben magarázatot adhatnak arra, hogy a magánszolgáltatók miért nem játszanak jelentős szerepet a kezelésben. Bár a rákkezeléshez közvetlenül kapcsolódó költségeket nagyrészt állami finanszírozás fedezi, előfordulhat, hogy a betegeknek a rákkezelések mellékhatásait csökkentő gyógyszereket kell vásárolniuk, amelyek esetében viszonylag magas az igénybevevők általi közvetlen fizetés szintje.

2022-ben az ukrajnai háború által előidézett tömeges, határokon átnyúló lakóhelyelhagyásra válaszul az illetékes miniszter kormányrendelet útján ingyenesen elérhetővé tette az onkológiai ellátást Magyarországon az ideiglenes védelmi rendszer hatálya alá tartozó személyek számára.

A rák kezelésben továbbra is emberierőforrás-hiány tapasztalható

Magyarországon kevés az orvos (1 000 új rákos megbetegedésre 538) és az ápoló (845/1 000). Ezek az arányok alacsonyabbak az uniós átlagánál (1 000 főre jutó 679 orvos és 1 376 ápoló) (12. ábra). Az onkológiai szakemberek esetében az ország nem megfelelő földrajzi eloszlásról és a radiológusok hiányáról számolt be, ami szűk keresztmetszeteket teremt a képalkotási eljárásokkal végzett vizsgálatok időben történő értékelése terén. Az Országos Kórházi Főigazgatóság nyilvántartása szerint 2024-ben például 242 klinikai onkológus volt a fővárosban nyilvántartásba véve, ami az országon belül e szakterületre engedéllyel rendelkező összes (629) szakember 38%-a. A rák kezelés regionális központosítása (lásd az 5.2. szakaszt) szintén

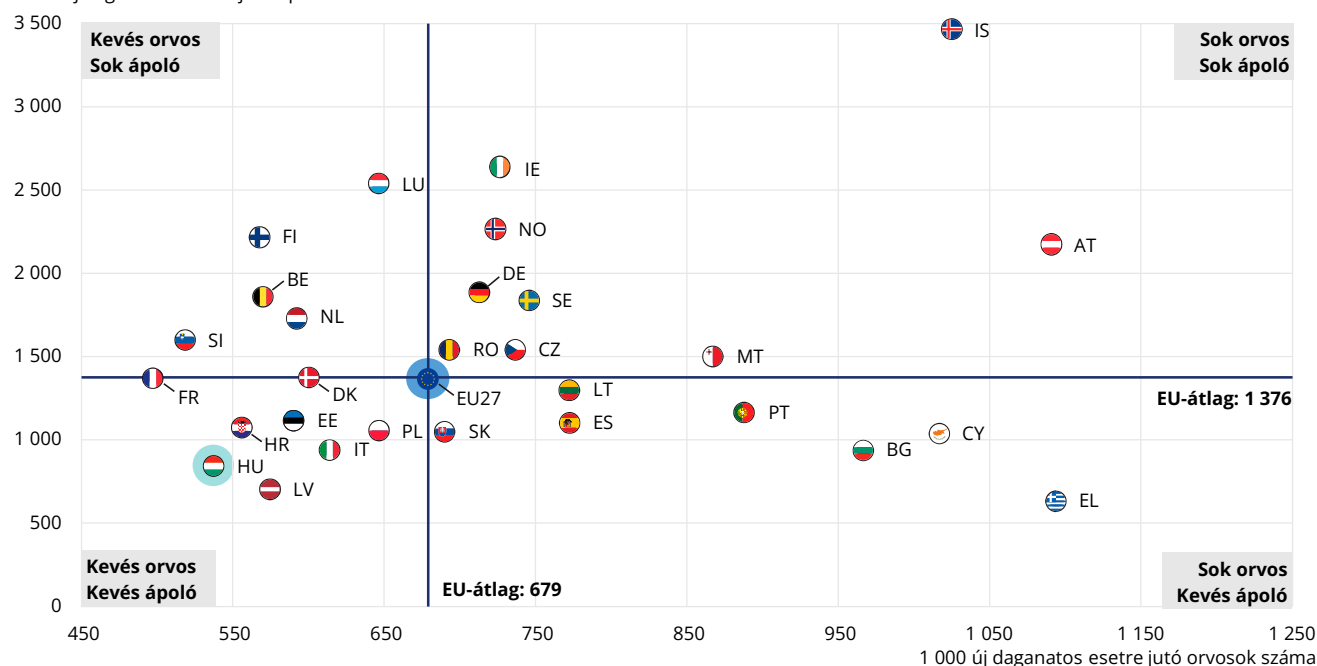
szerepet játszik az onkológiai szakemberek vármegyék közötti egyenlőtlen eloszlásában.

Az utóbbi években a magyar kormány pénzügyi ösztönzőket alkalmaz az egészségügyi szakemberek hiányának enyhítésére. A foglalkoztatási státuszuk 2020-as reformját követően (amely magában foglalta az orvosok fizetésének jelentős, 120%-os emelését, és bűncselekménnyé nyilvánította a hálapénzt) 2024-re az ápolók és más egészségügyi szakemberek fizetését is növelték.

Az ellátáshoz való hozzáférés szűk keresztmetszeteit emellett digitális egészségügyi megoldások hivatottak enyhíteni, például a mesterséges intelligencián alapuló megoldások mammográfiában történő tesztelése (lásd a 4. szakaszt).

12. ábra: Magyarországon az új rákos megbetegedések számához képest kevés az ápoló és az orvos

1 000 új daganatos esetre jutó ápolók száma



Megjegyzések: Az ápolókra vonatkozó adatok magukban foglalják az ápolók valamennyi kategóriáját (nem csak azokat, amelyek megfelelnek a szakmai képzések elismeréséről szóló uniós irányelvnek). Az adatok a gyakorló ápolókra vonatkoznak, kivéve Portugáliát és a Szlovák Köztársaságot, ahol a szakmailag aktív ápolókra vonatkoznak. Görögország esetében az ápolók száma alulbecsült, mivel csak a kórházi dolgozókat tartalmazza. Portugáliában és Görögországban az adatok a praktizálásra engedéllyel rendelkező valamennyi orvosra vonatkoznak, ami a gyakorló orvosok számának jelentős túlbecsülését eredményezi. Az uniós átlag nem súlyozott.

Forrás: az OECD 2024-es egészségügyi statisztikái. Az adatok 2022-re vagy a legutolsó rendelkezésre álló évre vonatkoznak.

Magyarország adatvezérelt egészségügyre irányuló erőfeszítéseinek kiemelt projektje a patológiai diagnosztika területén belüli, mesterséges intelligencián alapuló döntésmeghatározásra irányuló kísérleti projekt

Felismerve, hogy milyen lehetőségek rejlenek az adatvezérelt egészségügyben az egészségügyi ellátás jelentős kihívásainak kezelése tekintetében,

az egészségügyi ágazatért felelős minisztérium nemrégiben létrehozott egy mesterséges intelligenciával foglalkozó bizottságot, amely kettős megbízatással rendelkezik: az MI-vel kapcsolatos fejlemények nyomon követése előre meghatározott fontos területeken, valamint ütemterv készítése a mesterséges intelligencián alapuló megoldások

magyarországi állami egészségügyi rendszerbe történő rendszerszintű integrálásához.

Egy kísérleti projekt keretében Magyarországon nyolc patológiai központban tesztelnek egy, a patológiai diagnosztikai döntéshozatal támogatására szolgáló mélytanulási algoritmust, azzal a céllal, hogy előkészítsék a megoldás országos szintű kiterjesztését. A fejlesztés a szervezett vastagbélrák-szűrési programot hivatott támogatni (lásd a 4. szakaszt).

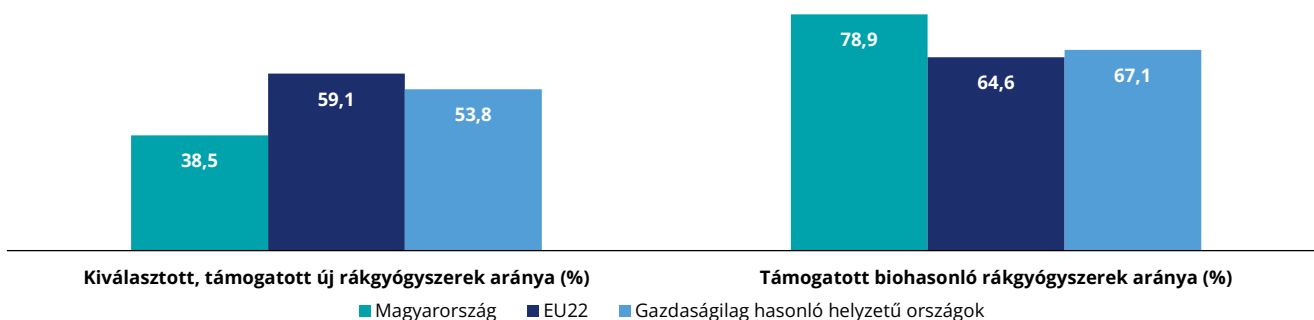
Az új rákgyógyszerek állami finanszírozási rendszerbe való integrálása hosszú időt vesz igénybe Magyarországon

Az uniós szabályozó hatóságok által jóváhagyott gyógyszereket viszonylag gyorsan engedélyezik Magyarországon. 2023 augusztusa óta a Nemzeti

Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ ad ki engedélyeket és végzi az új gyógyszerek, orvostechnikai eszközök és más preventív orvosi eljárások kötelező egészségügyi technológiaértékelését.

Az új gyógyszerek állami támogatási rendszerbe való integrálása azonban hosszabb időt vehet igénybe. Jelentős klinikai előnnyel járó rákgyógyszerek (emlő- és tüdőrák elleni gyógyszerek) egy mintáján az államilag támogatott javallatok aránya 38,5% volt, ami alacsonyabb, mint a Magyarországhoz gazdaságilag hasonló helyzetű országok átlaga (54%), és mint az uniós átlag (59%). Ugyanakkor Magyarországon magasabb volt az államilag támogatott biohasonló rákgyógyszerek aránya (79%), mint a gazdaságilag hasonló helyzetű országok (67%) vagy az EU átlaga (65%) (13. ábra).

13. ábra: Magyarországon a támogatott biohasonló gyógyszerek aránya meghaladja az uniós átlagot



Megjegyzések: Az elemzés egy 10 új, emlő- és tüdőrák elleni, jelentős klinikai előnnyel járó gyógyszer 13 javallatából álló mintára, valamint három rákgyógyszer (bevacizumab, rituximab, trastuzumab) tizenkilenc biohasonló megfelelőjére terjed ki, amelyek 2023. március 26-án az Európai Gyógyszerügynökség által kiadott aktív forgalombahozatali engedéllyel rendelkeztek. Az adatok a 2023. április 1-jén nyilvános állami támogatási listán szereplő javallatok vagy biológiai/hasonló gyógyszerek arányát mutatják. A gazdaságilag hasonló helyzetű országok alatt a vásárlóerő-paritáson számított, egy főre jutó 2022. évi GDP-n alapuló tertilis klaszterek értendők. HU esetében a gazdaságilag hasonló helyzetű országok BG, EE, EL, HR, LV, PL és PT. Az uniós átlag nem súlyozott.

Forrás: Hofmarcher, Berchet és Dedet (2024): „Access to oncology medicines in EU and OECD countries”, in: OECD Health Working Papers 170, OECD Publishing, Párizs, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

Az Európai Gyógyszerügynökség által 2011 és 2020 között engedélyezett 51 rákgyógyszer 124 javallata alapján Magyarországon 37 hónapos medián várakozási időről számoltak be, ami Lengyelországot, Csehországot, a Szlovák Köztársaságot és Magyarországot tekintve a legmagasabb érték (Hofmarcher et al., 2023).

2024-ben a magyar kormány új gyógyszereket, köztük onkológiai és onko-hematológiai gyógyszereket vett fel az állami finanszírozási rendszerbe (lásd az 5.3. szakaszt).

Diagnosztikai képalkotó és terápiás eszközök újultak meg a magyarországi onkológiai ellátáshoz való hozzáférés javítása érdekében, bár a számok még mindig elmaradnak az uniós átlagtól

2011 és 2022 között Magyarországon nőtt a CT-szkennerek száma (az 1 000 000 lakosra jutó 7-ről 11-re), csakúgy, mint a mágneses rezonanciás képalkotó egységeké (MRI) (az 1 000 000 lakosra jutó 3-ról 6-ra)⁸ és a pozitron-emissziós tomográfiai (PET) szkenneré (az 1 000 000 lakosra jutó 0,4-ről 1-re). Ezek a számok azonban továbbra is következetesen elmaradnak az uniós átlagtól (1 000 000

⁸ Az adatok nem tartalmazzák azokat a CT- és MRI-egységeket, amelyekkel kizárólag fekvőbetegek számára végeznek szkennelést, vagy amelyek kizárólag magánfinanszírozással működnek.

lakosra jutó 26 CT-szkenner, 18 MRI-egység és 2 PET-szkenner).

A Nemzeti Rákellenes Program (lásd a 2. szakaszt) prioritássá minősítette az új eljárásokhoz való hozzáférés javítására és a régi berendezések felújítására irányuló beruházásokat. Ennek megfelelően több központ is kapott forrásokat a 10 évesnél régebbi berendezések lecserélésére, és az utóbbi években új molekuláris patológiai vizsgálatok, sugárterápiás eljárások és robotsebészeti műtétek váltak elérhetővé az államilag finanszírozott ellátásban. 2023-ban arról számoltak be, hogy az elmúlt 10 évben a sugárterápiás és képalkotó (CT és MRI) berendezések 80%-át megújították (MTA, 2023). A Nemzetközi Atomenergia-ügynökség adatai szerint az ország sugárterápiás berendezéseinek 61%-a (64 egységből 39) 10 évesnél újabb.

2024-től az ország négy intézményében végeznek robotsebészeti műtéteket, míg az Országos Onkológiai Intézet képzést is kínál ezen a területen. Az intézet tervei között szerepel a fej-nyaki daganatokkal kapcsolatos sebészet fejlesztése, valamint robotműtėti képzés biztosítása az ország valamennyi sebészeti szakterületén.

A diagnosztikai képalkotás tekintetében előírt maximális várakozási idő csak részben oldja meg a daganatos megbetegedésekkel kapcsolatos várakozási idők problémáját

A rákkezeléshez való időbeni hozzáférés biztosítása érdekében a magyar szabályozás 2015 óta előírja, hogy daganatos betegség gyanúja esetén a beutalástól számított 14 napon belül CT- vagy MRI-vizsgálatot kell végezni a betegeken. A vizsgálat kiértékelésére vonatkozó határidőket azonban nem szabályozzák, ezért előfordulhat, hogy az orvosok számára nehézséget okoz a jogszabályi törekvések maradéktalan megvalósítása. A felvétel elkészítését követően a

kiértékelés még hosszú időt vehet igénybe, főként az emberi erőforrások hiánya miatt.






A várakozási idő további csökkentése érdekében a kormány kezdeményezte a CT- és MRI-berendezések állami központosítását. A tervek szerint 2025 végére lezáruló intézkedés célja, hogy javuljon a diagnosztikai képalkotáshoz való időbeni hozzáférés a rákkezelésben. Helyi kezdeményezéseket is kidolgoztak a rákkezeléshez való időbeni hozzáférés javítása érdekében. A Budapest főváros és a Semmelweis Egyetem között létrejött megállapodás kimondta, hogy a főváros 2023 júliusa és 2024 decembere között 2 093 CT-vizsgálatot finanszíroz meghatározott kerületek lakosai számára. Ezek a vizsgálatok olyan személyek számára állnak rendelkezésre, akiknél daganat gyanúja merül fel, és szakorvosi beutalóval rendelkeznek, vagy akiknél rákos megbetegedést diagnosztizáltak, és a vizsgálat a kezelés hatásainak nyomon követését szolgálja. A betegeknek az ütemezés szerint hét napon belül át kell esniük a CT-vizsgálaton, amelynek eredményei három napon belül rendelkezésre állnak.

5.2. Minőség

A Nemzeti Rákregiszter adatai javuló ötéves túlélési becsléseket mutatnak

A Nemzeti Rákregiszter népesség alapú adatainak három egymást követő időszakot (2005–2009, 2010–2014 és 2015–2017) összehasonlító közelmúltbeli elemzése azt mutatta, hogy javult az ötéves nettó túlélés a magyar rákbetegek körében (2. táblázat). A standardizált ötéves nettó túlélés a becslések szerint javult a rák azon előfordulási helyei (tüdő, vastagbél és emlő) esetében, amelyek a legmagasabb halálozási arányokért felelősek Magyarországon. 2005–2009 és 2015–2017 között az ötéves túlélés a tüdőrák esetében 23%-ról 25%-ra, a vastagbélrák esetében pedig 52%-ról 57%-ra nőtt.

2. táblázat: A magyar rákbetegek ötéves túlélési aránya 2005–2009 és 2015–2017 között javult

Mikor diagnosztizálták a betegséget					
	Prostatarák	Emlőrák	Méhnyakrák	Vastagbélrák	Tüdőrák
2005-09	81%	79%	59%	52%	23%
2010-14	81%	79%	55%	55%	20%
2015-17	83%	80%	60%	57%	25%

Forrás: nemzeti szakértők által szolgáltatott adatok.

2012 és 2022 között a legtöbb daganatos megbetegedés esetében csökkent a potenciálisan elvesztett életévek száma

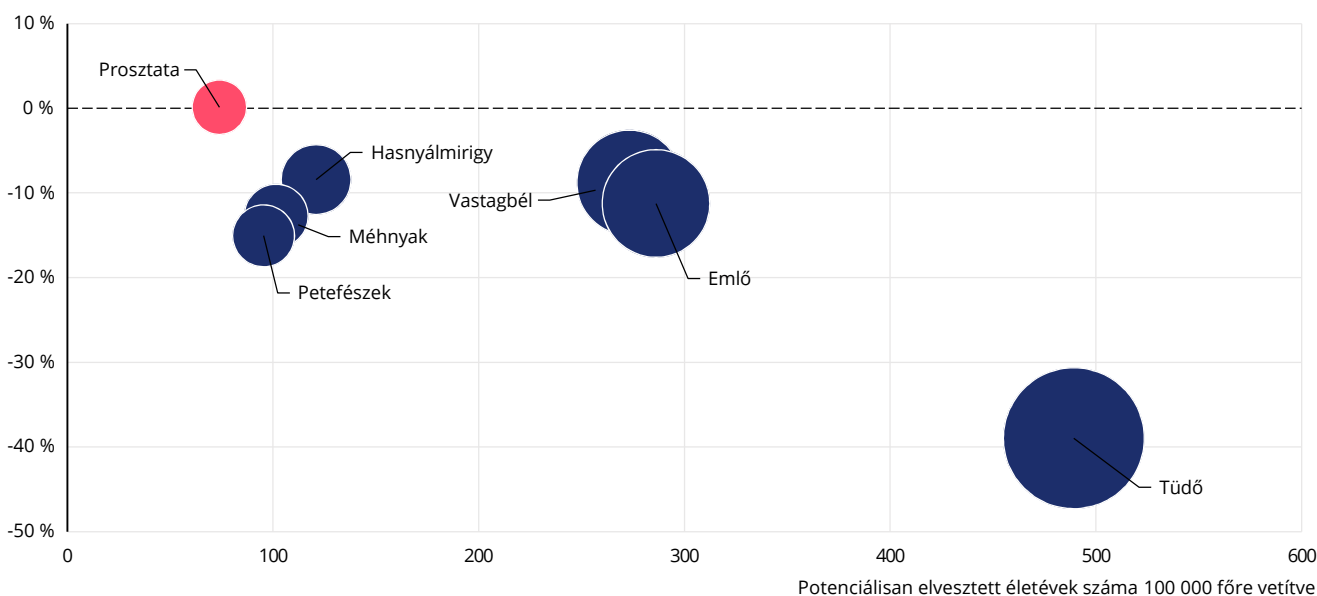
A túlélési adatok mellett a különböző daganatos megbetegedések társadalomra gyakorolt hatásának kiegészítő mérőszáma a potenciálisan elvesztett életévek száma, amely nagyobb súlyt helyez a fiatalabbak körében bekövetkező daganatos halálzásra. Annak vizsgálatával, hogy miként változik az idők során a potenciálisan elvesztett életévek száma a rákos megbetegedések különböző előfordulási helyei esetében, kimutatható, ha az idő előtti halálozás csökkenése révén javulás következett be a rákkezelési rendszerekben. 2022-ben a rák miatt potenciálisan elvesztett életévek száma Magyarországon a rák összes

előfordulási helyét egybevéve 1 961 év volt 100 000 lakosra vetítve. Ez 45%-kal magasabb az uniós átlagnál (100 000 lakosra 1 355). 2012 óta azonban a potenciálisan elvesztett életévek száma Magyarországon az uniós átlaghoz képest (19%) valamivel nagyobb mértékben (27%-kal) csökkent.

2012 és 2022 között egyetlen ráktípusnál sem mutatkozott jelentős növekedés a potenciálisan elvesztett életévek számában. 2022-ben a tüdőrák volt felelős a legnagyobb számú potenciálisan elvesztett életévéért (100 000 lakosra vetítve 489 év) – ez 39%-os csökkenést jelent 2012 óta. A gyomorrák miatt potenciálisan elvesztett életévek száma szintén jelentősen (37%-kal) csökkent 2012 és 2022 között: 2012-ben 100 000 főre 114 év, míg 2022-ben 100 000 főre 72 év volt (14. ábra).

14. ábra: 2022-ben a tüdőrák felelt a legnagyobb számú potenciálisan elvesztett életévéért

A potenciálisan elvesztett életévek számának százalékos változása, 2012–2022 (vagy a legközelebbi rendelkezésre álló év) (%)



Megjegyzések: Az emlő-, méhnyak és petefészekrák miatt potenciálisan elvesztett életévek arányát csak nőknél számítják ki, míg a prosztatarák miatt potenciálisan elvesztett életévek aránya a férfiakra vonatkozik. A rózsaszín buborékok azt jelzik, hogy a 2012 és 2022 közötti időszakban (vagy a legutolsó rendelkezésre álló évben) növekedés volt a potenciálisan elvesztett életévek százalékos változásában; a zöld buborékok csökkenést jeleznek. A buborékok mérete arányos a potenciálisan elvesztett életévek 2022-es arányával.

Forrás: az OECD 2024-es egészségügyi statisztikái.

Finanszírozási mechanizmusok biztosítanak minőség-ellenőrzést a magyar rákellátásban

Bár szórványos kezdeményezések igyekeztek mutatókat gyűjteni az ellátás minőségére vonatkozóan a rákellátás terén, Magyarországon továbbra is korlátozottak a minőség nyomon követésére irányuló országos erőfeszítések. Az utóbbi években az ország klinikai auditokat tervez egészségügyi szakemberek számára, minden egyes orvosi szakterületre, köztük az onkológiára vonatkozóan kidolgozott mutatók alapján. A rendszer azonban még nem indult el.

Ezeket a korlátokat tükrözi a rákkezelés minőségi mutatóinak szűkössége. Hasonlóképpen továbbra is alulfejlett a kimenetekre és a rákos betegek kezelés során szerzett tapasztalataira vonatkozó teljesítménymutatók gyűjtése.

Ebben az összefüggésben a minőség-ellenőrzés fontos eszköze a rákellátás finanszírozása. A diagnosztizálás és kezelés szempontjából legdrágább betegségek, köztük a rák esetében a magyar jogszabályok finanszírozási protokollokat határoznak meg. A szolgáltatóknak jogszabályban előírt pénzügyi kimutatásokat kell benyújtaniuk a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőhöz

az ellátás során felmerült költségekről, és az Alapkezelő ellenőrizheti, hogy az előírt finanszírozási protokollok szerint nyújtották-e az ellátást. Amennyiben eltéréseket találnak, a finanszírozást visszavonják. A finanszírozási protokollok legutóbbi frissítését 2024 elején tették közzé (lásd az 5.3. szakaszt).

Még nem sikerült teljes mértékben kiaknázni az egyedülálló, adatgazdag környezetet a rákellátás minőségi mutatóinak kinyeréséhez

A kórházak negyedévente elektronikus úton jelentik a Nemzeti Rákregiszter felé a regisztrált daganatos megbetegedéseket. A Nemzeti Egészség-biztosítási Alapkezelő a regiszter adatbázisát kiegészíti a társadalombiztosítási azonosító jelekhez kapcsolódó onkológiai ellátás finanszírozására vonatkozó adatokkal. A Központi Statisztikai Hivatal tovább bővíti a regisztert a beazonosítható halálozások statisztikáival, amelyek segítenek megerősíteni, hogy rákkal függ-e össze a regisztrált halálozás. A regiszter támogatja a kutatást, valamint a magyar onkológiai hálózat tervezését és fejlesztését. Ha több emberi és pénzügyi erőforrás állna rendelkezésre, az elősegítené ennek teljesebb kiaknázását (Wéber et al., 2023).

A rákkezelés regionális központosításának célja az ellátás hatékonyabbá tétele

A rákkezelés országos, regionális és megyei központokban történő központosításának célja a hatékonyság optimalizálása és a fenntarthatóság biztosítása azáltal, hogy a bonyolult és ritka eljárásokat a regionális és országos központokba összpontosítják. Ennek megfelelően a diagnosztikai és kezelési eljárások (lásd az 5.1. szakaszt) ezekhez az ellátási szintekhez kapcsolódnak. A molekuláris patológiai szolgáltatások az Országos Onkológiai Intézetben és a négy regionális központban állnak rendelkezésre. Külső sugárkezelést és brachyterápiát a 14 megyei központban biztosítanak, amelyek sugárterápiás központként működnek. A tizennegyedik sugárterápiás központ 2023 áprilisában nyílt meg Észak-Magyarországon. A Nemzeti Rákregiszterből származó adatok azt mutatják, hogy ebben a központban 2023-ban nőtt a kezelt onkológiai esetek száma a korábbi évekhez képest, és nem számoltak be személyzeti nehézségekről. 2024-re négy magyarországi intézményben vált elérhetővé a robotsebészet. A betegeket a települési szintű alapellátást, járóbeteg-, illetve fekvőbeteg-ellátást nyújtó szolgáltatók irányítják a megfelelő központba.

A magas incidenciájú daganatos betegségek kezeléséért a Magyarország 19 megyéjében

található megyei központok felelnek. Négy regionális központban biztosítják a más központokban nem elérhető szakorvosi ellátást, valamint a közepes incidenciájú daganatos betegségek kezelését. Az Országos Onkológiai Intézet felel a ritka daganatos betegségek kezeléséért; ott összpontosul valamennyi speciális feltétel a szolid daganatok kezeléséhez, az intézet koordinálja a szakmai irányelvek kidolgozását, biztosítja az orvosi továbbképzést és működteti a Nemzeti Rákregisztert.

Az Országos Onkológiai Intézet komprehenzív onkológiai centrumként van akkreditálva. A rákkezelés rendszerének fejlesztésére irányuló tervek magukban foglalják az Országos Onkológiai Intézet és a négy regionális onkológiai központ köré szerveződő teljes magyar onkológiai ellátórendszer akkreditációját (MTA, 2023).

Az Országos Molekuláris Onkoteam molekuláris patológiai vizsgálatokhoz biztosít hozzáférést az állami szolgáltatóknál

Magyarországon az optimális terápiát minden daganatos betegség esetében az adott kórházban működő multidiszciplináris onkoteam határozza meg. Nemrégiben létrejött egy Országos Molekuláris Onkoteam is, amelyet az Országos Onkológiai Intézet vezet. E csoport szakértői véleménye alapján az állami szolgáltatóknál multigénes molekuláris patológiai vizsgálatok végezhetőek. A molekuláris onkoteam élén egy, a molekuláris patológiai diagnosztika területével foglalkozó szakértő áll; a csoportnak magában kell foglalnia egy klinikai onkológust, a beteg kezelőorvosát, egy, a multigénes szekvenálási adatok értékelésében szakértelemmel rendelkező molekuláris biológust vagy bioinformatikust, valamint az onkoteam szervezőjét. Az esettől függően más szakemberek is bevonhatók. 2023. májusi információk szerint a csoport 2022 januárja óta 544 esetet értékelt (Bödör, 2023).

A patológusok kiaknázzák Magyarországon a telemedicinát

A magyar patológusok közötti konzultáció fontos eszköz az ellátás minőségének javításához. Minden rosszindulatú megbetegedésre vonatkozó diagnózist két patológusnak kell aláírnia. A kihívást jelentő esetekhez az intézményeken belül és – a több magyar szolgáltatónál alkalmazott telepatológia révén – az intézmények között könnyen igénybe lehet venni konzultációkat. A telemedicina onkológiai ellátásban való alkalmazásával a Nemzeti Rákellenes Program is foglalkozik (lásd a 2. szakaszt), de az erőfeszítések nem szervezettek országos szinten.

5.3. Költségek és ár-érték arány

A magyarországi rákellátásban különböző finanszírozási mechanizmusok működnek

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő keretében – a nyújtott szolgáltatás típusától függően – különböző finanszírozási mechanizmusokat alkalmaznak a magyarországi rákellátásban. A fekvőbeteg-ellátás, a műtétek, a kemoterápia és a sugárterápia a Homogén Betegségcsoportok (HBCs) alapján kerülnek finanszírozásra. A járóbeteg-ellátási eljárásokra, beleértve a képalkotást és a laboratóriumi diagnosztikát, szolgáltatási tétel szerinti (fee-for-service) finanszírozás vonatkozik. Egyes nagy értékű vagy nem országosan elterjedt kezelések és eljárások esetében tételes visszatérítést alkalmaznak, amelyet az erre a célra elkülönített költségvetésből fedeznek. Ebben az esetben a beszerzést a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő irányítja, és a szolgáltatók elszámolással tartoznak a felhasznált összegért. Továbbá a társadalombiztosítási rendszer által nem fedezett kezeléseket az Alapkezelő az egyedi méltányosságon alapuló költségtérítési rendszeren keresztül is finanszírozhatja. Az e forrásokhoz való hozzáférés iránti kérelmeket szakértői véleménnyel kell alátámasztani.

A magyarországi rákellátás költségoptimalizálásának eszközei közé tartozik a rákellátás központosított megszervezése és a jogszabályban előírt finanszírozási protokollok alkalmazása (lásd az 5.2. szakaszt). Az előbbi az erőforrás-elosztás optimalizálásával tartja ellenőrzés alatt a költségeket (például azáltal, hogy a bonyolult és ritka eljárások a regionális központokba vagy az Országos Onkológiai Intézetbe összpontosulnak). Az utóbbi pedig az előírt diagnosztikai és kezelési protokollok követésére ösztönzi a szolgáltatókat azáltal, hogy azok betartásától teszi függővé a finanszírozást.

2024-től új onkológiai gyógyszereket fedez a társadalombiztosítás

2024. január 1-jétől a magyar kormány új gyógyszereket, köztük onkológiai és

onko-hematológiai gyógyszereket vett fel az állami finanszírozási rendszerbe. Ez fontos lépés volt az olyan termékekhez való hozzáférés javítása felé, amelyekhez korábban csak a méltányossági alapon történő térítések rendszerén keresztül lehetett hozzáférni, amelyet hosszadalmas eljárás és adminisztratív terhek jellemeznek.

Ezzel egyidejűleg a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő új finanszírozási protokollokat tett közzé 40 betegség kezelésére vonatkozóan. E protokollok közül több az onkológia területéhez tartozik.

Szigorúbb eljárás hivatott biztosítani a méltányossági alapon történő térítés rendszerének fenntarthatóságát

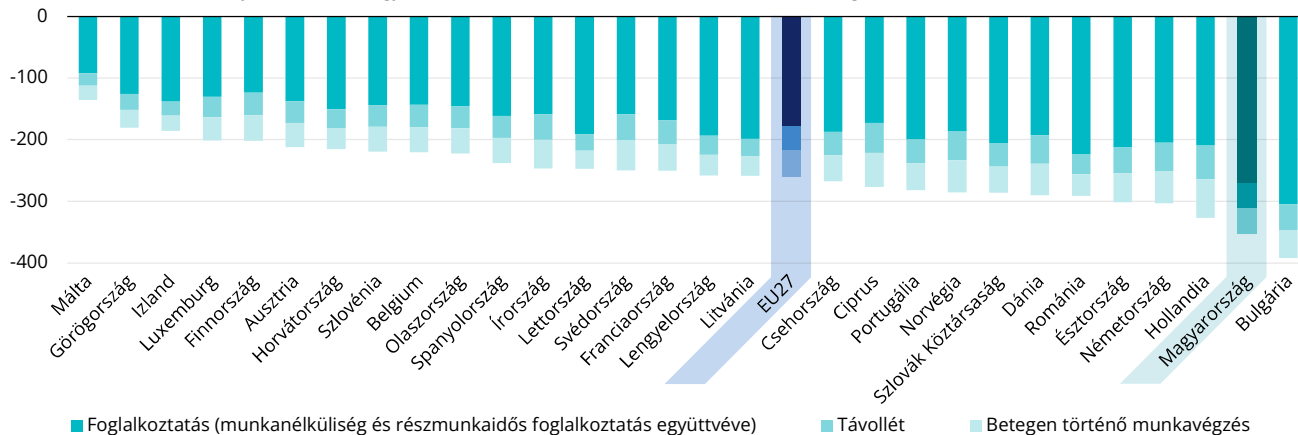
A méltányossági alapon történő térítés rendszerére nehezedő növekvő nyomás enyhítése érdekében a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő 2023-ban szigorította eljárásait; a kérelmeket immár számszerűsített adatok alapján értékeli a terápiás hatásosság, az elérhető ár és a költséghatékonyság tekintetében, a kérelmező orvos szakvéleményének alapulvétele mellett. A változtatások nyomán a várakozások szerint nő az átláthatóság, felgyorsul az eljárás, és objektívebb lesz a döntéshozatal.

2023 és 2050 között Magyarország várhatóan egyike lesz azon országoknak, ahol a legnagyobb hatással lesz a rák a munkaerőre

Az OECD SPHeP modellje szerint a rákkezelésre fordított, egy főre jutó egészségügyi kiadások 2023 és 2050 között Magyarországon várhatóan 55%-kal nőnek, szemben az EU-ban várt 59%-kal. Emellett a becslések szerint a rák jelentős hatással lesz a munkaerőre. 2023 és 2050 között a rák 100 000 főre vetítve átlagosan 267 teljes munkaidős egyenérték (FTE) elvesztését fogja okozni a foglalkoztatás rák miatti csökkentésének szükségessége miatt, 100 000 főre vetítve 41 teljes munkaidős egyenérték kieséséhez fog vezetni a hiányzások miatt, és 43 teljes munkaidős egyenérték kieséséhez a betegen történő munkavégzésből adódóan (15. ábra). Bulgária után ez a második legnagyobb kiesés az EU-ban.

15. ábra: A rák magyar munkaerőre gyakorolt hatása 2023 és 2050 között várhatóan a második legmagasabb lesz az EU-ban

A rák miatt kieső becsült teljes munkaidős egyenérték 100 000 főre vetítve (2023–2050-közötti átlag)



Megjegyzés: az uniós átlag nem súlyozott.

Forrás: OECD (2024): Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Párizs, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

5.4. Jólét és életminőség

A rákos megbetegedések 2023 és 2050 között várhatóan két évvel csökkentik a várható élettartamot Magyarországon

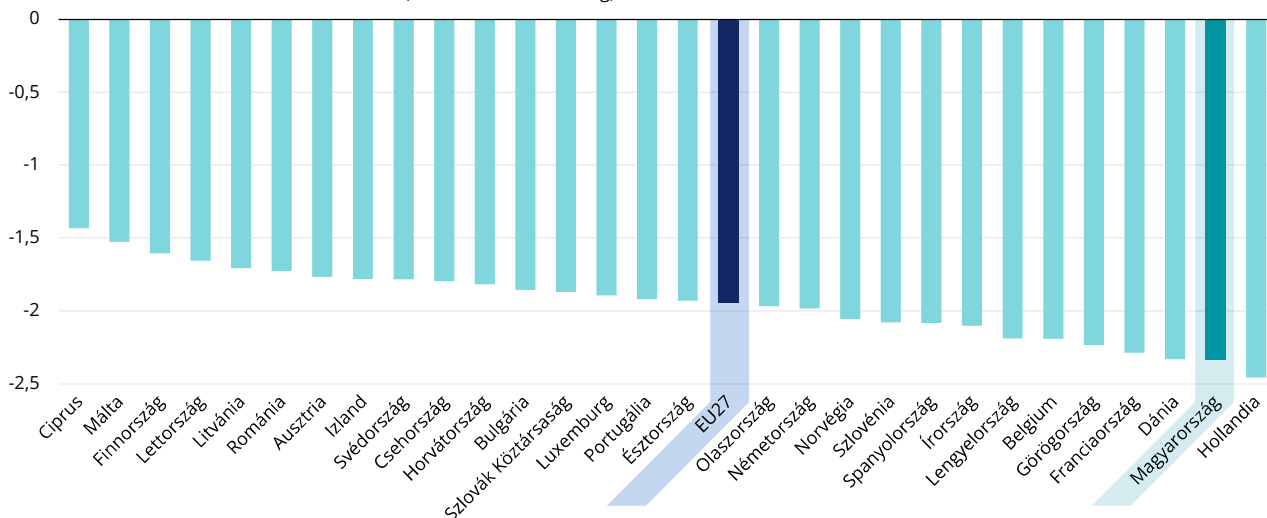
Az OECD SPHeP modellezése szerint Magyarországon 2023 és 2050 között a rák várhatóan átlagosan 2,3 évvel csökkenti a várható élettartamot a rák nélküli forgatókönyvhöz képest. Ez a szám meghaladja az uniós átlagot (2 év). Valójában az EU-n belül a magyarországi várható élettartamot fogja az egyik leginkább érinteni a rákterhelés; csak Hollandia fogja megelőzni

(16. ábra). Összehasonlításképpen Magyarország 2 évvel 2010 és 2019 között tudta növelni a várható élettartamot.

Ezenkívül a rák a kapcsolódó tünetek és a kezelések mellékhatásai miatt jelentős negatív hatással van a lakosság mentális egészségére, valamint kihat a mindennapi életre, a társadalmi szerepekre és a munkára. Az OECD SPHeP modellje szerint Magyarországon a rák miatt várhatóan sokkal magasabb lesz a depressziós ráta, standardizáltan 100 000 főre vetítve évente további 22 esettel. Portugália, a Szlovák Köztársaság, Észtország és Görögország után ez az ötödik legmagasabb érték az EU+2 országok között.

16. ábra: Az előrejelzések szerint 2023 és 2050 között az EU-n belül Magyarországon lesz az egyik legkedvezőtlenebb hatással a rák a várható élettartamra

A várható élettartam rák miatti várt csökkenése (2023–2050-közötti átlag)



Megjegyzés: az uniós átlag nem súlyozott.

Forrás: OECD (2024): Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Párizs, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Magyarországon korlátozottak a daganatos betegek jólétét támogató szakpolitikák

A rákkal élő magyarokra nehezedő pszichológiai terhek kezelése érdekében a (2024-ig hatályos) nemzeti iránymutatások javasolják, hogy a betegek (és hozzátartozóik) pszichoszociális és onkopszichológiai ellátása épüljön be az onkológiai ellátásba.

Emellett Magyarországon érvényben vannak a gyógyult betegek (köztük a korábbi daganatos betegek) munkaerőpiaci visszailleszkedésére irányuló szakpolitikák. Ugyanakkor még nem fogalmaztak meg olyan intézkedéseket, amelyek kifejezetten a rák túlélőinek visszailleszkedését lennének hivatottak elősegíteni (beleértve az elfeledtetéshez való jogra vonatkozó rendelkezéseket). Az országban nem fogadtak el olyan intézkedéseket sem, amelyek fizetett szabadságot biztosítanának a beteg hozzátartozók gondozása céljából. A rákbetegek informális gondozói Magyarországon csak fizetés nélküli szabadságot kérhetnek, legfeljebb két évre.

Az első prehabilitációs program célja a hosszú távú kimenetel javítása a daganatos betegekénél

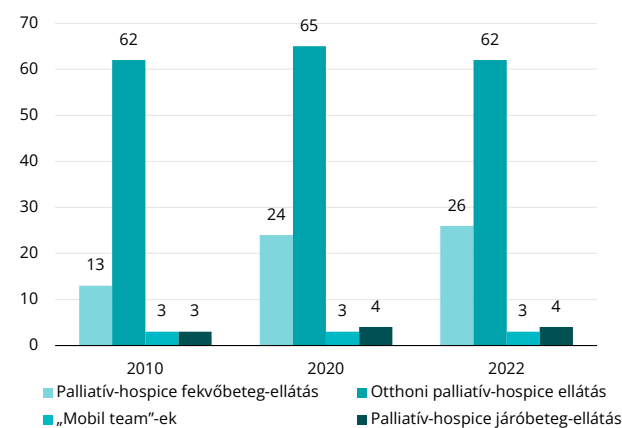
2022-ben egy miskolci kórház a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő finanszírozásával integrált prehabilitációt – a betegek onkológiai kezelésre való felkészítését célzó szervezett programot – épített az onkológiai ellátásba. A szolgáltatás keretében egészségügyi és szociális dolgozókat is magában foglaló multidiszciplináris csoportot mozgósítanak azzal a céllal, hogy a diagnózistól kezdve szervezett segítséget nyújtsanak az onkológiai betegeknek. A programtól a hosszú távú kimenetek javulását várják, beleértve a gyógyulás után a mindennapi életbe való könnyebb visszailleszkedést is. Ez az első ilyen kezdeményezés Magyarországon, ahol nem mindenhol érhetőek el rehabilitációs és az onkológiai beavatkozásokra való felkészítésre irányuló célzott programok (Furka, 2022). A Nemzeti Rákellenes Program (lásd a 2. szakaszt) szintén hangsúlyozza, hogy meg kell erősíteni az onkológiai betegeknek kínált rehabilitációs szolgáltatásokat.

Magyarországon több tényező is akadályozhatja a palliatív és hospice-ellátáshoz való egyenlő hozzáférést

Magyarországon az intézményi és az otthoni hospice-, valamint palliatív ellátás a kötelező társadalombiztosítási rendszer hatálya alá tartozik. Noha az intézményi ellátás időtartamának meghatározása az egyes szolgáltatók mérlegelési jogkörébe tartozik, az általában nem haladja meg

a három hónapot. Az otthoni ápolás-gondozás esetében egy kormányrendelet 50 napos finanszírozási korlátot állapított meg (amely bizonyos feltételek mellett összesen 150 napra meghosszabbítható). Kórházi támogató csoportok (hospice „mobil team”-ek) konzultáció útján támogathatnak más egészségügyi szakembereket, betegeket és hozzátartozókat is; emellett az országban működik néhány járóbeteg-ellátási szolgáltató is. 2022-ben 95 szolgáltató kínált palliatív és hospice-szolgáltatásokat Magyarországon: 26 fekvőbeteg-ellátásban, 4 járóbeteg-ellátásban és 62 otthoni ellátásban, 3 mobil team mellett. 2010 és 2022 között számuk a 2010. évi 78 szolgáltatóhoz képest 22%-kal nőtt (17. ábra). Bár ezt a növekedést főként a fekvőbeteg-ellátó intézmények számának növekedése okozta (melyek száma 2010–2022 között 13-ról 26-ra nőtt), számos tényező nehezítheti a palliatív és hospice-ellátáshoz való hozzáférést, ideértve az elégtelen finanszírozást, az alacsony ágykapacitásokat, a palliatív és a hospice-ágyak országos belüli egyenlőtlen eloszlását, valamint a képzett egészségügyi dolgozók hiányát. A tartósan fennálló kihívások, köztük a betegek kései hozzájárása az ilyen típusú ellátásokhoz (Hegedűs, Farkas és Lukács, 2023) ezekkel a korlátokkal magyarázhatók.

17. ábra: A palliatív és hospice-ellátás 2010 és 2022 közötti növekedését az fekvőbeteg-ellátó intézmények számának növekedése okozta



Forrás: Hegedűs, Farkas és Lukács, 2023

A szervezett betegúttal szemben a palliatív és hospice-ellátással kapcsolatos tudatosság növelendő Magyarországon

Magyarországon palliatív és hospice-ellátást kérhet a beteg, a törvényes képviselő vagy egy hozzátartozó, továbbá a házi orvos vagy egy szakorvos. A palliatív és hospice-ellátásban részesülő magyarok többsége rákbeteg. 2022-ben az otthoni hospice-ellátásban részesülő betegek

82%-át tették ki, a fekvőbeteg-ellátásban részesülők körében pedig arányuk elérte a 95%-ot (Hegedűs, Farkas és Lukács, 2023). Az onkológiai központokban általában rendelkezésre állnak fekvőbeteg-ellátással foglalkozó hospice-palliatív osztályok. A betegek életminőségének javítása érdekében a jelenlegi iránymutatások javasolják, hogy az onkológusok a palliatív ellátással foglalkozó szakemberekkel folytatott korai konzultáció és együttműködés révén építsék be a palliatív ellátást az általános onkológiai ellátásba.

Bár a betegutak szervezettek, a palliatív és hospice-ellátás elérhetőségével és előnyeivel

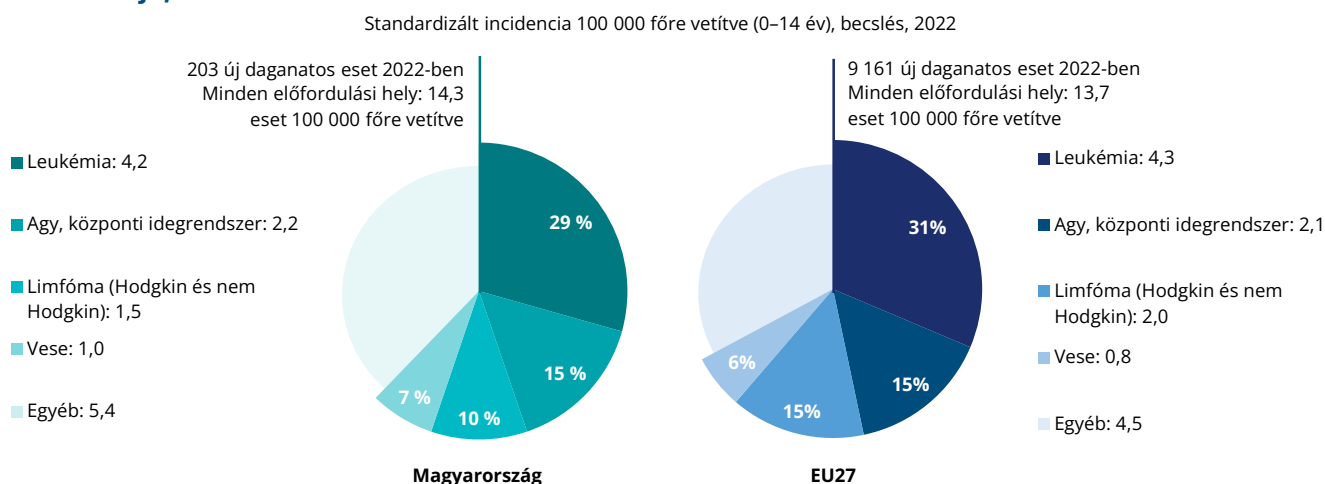
kapcsolatos megfelelő ismeretek hiánya – a betegek és olykor még az egészségügyi szakemberek körében is – folyamatos kihívást jelent. Léteznek palliatív ellátással kapcsolatos szakmai oktatási programok, de ezek Magyarországon nem kötelező részei az orvosképzésnek. Ami a nyilvánosságot illeti, léteznek helyi programok az egészségműveltség javítására, de nincs országos kampány annak érdekében, hogy a lakosság jobban átlássa vagy megismerje az életvégi gondozást. Ezek a tényezők ahhoz is hozzájárulhatnak, hogy a betegeket későn utalják be palliatív és hospice-ellátásra.

6. Reflektorfényben a gyermekkori rák

Az ECIS becslései szerint Magyarországon 2022-ben 203 gyermeknél és 15 év alatti serdülőnél diagnosztizáltak rákot. A becslések szerint 2022-ben Magyarországon a 0–14 évesek körében 100 000 gyermekre vetítve 14,3 volt az incidencia, szemben az EU-27 13,7-es értékével (18. ábra). Magyarországon a fiúk körében az incidencia kissé magasabb, mint a lányok körében, ami tükrözi az uniós mintát. A leggyakoribb daganatcsoportok a leukémia, 100 000 gyermekre jutó 4,2 esettel

(29%), az agyat és a központi idegrendszert érintő daganatos megbetegedések, amelyek esetében 100 000 főre 2,2 eset jut (15%), a limfóma, 100 000 főre 1,5 esettel (10%) és a vesedaganatok, 100 000 főre 1 esettel (7%). Az Eurostat szerint 2021-ben Magyarországon magasabb volt a halálozási arány, mint az EU-ban: a 100 000 gyermekre jutó hároméves átlagos mortalitás 2,7 volt, míg az EU-ban 100 000 gyermekre 2,1.

18. ábra: Magyarországon a gyermekek körében valamivel magasabb a rákos megbetegedések incidenciája, mint az EU-ban



Megjegyzések: A 2022-re vonatkozó becslések az előző évek előfordulási tendenciáin alapulnak, és eltérhetnek az elmúlt években megfigyelt arányoktól. Az összes eset a nem-melanómás bőrrák kivételével magában foglalja a daganatok összes előfordulási helyét.

Forrás: európai rákinformációs rendszer (ECIS) a rákos megbetegedések incidenciáját illetően, a <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> oldalról, a hozzáférés dátuma: 2024. március 10. © Európai Unió, 2024.

A Magyar Gyermekonkológiai Hálózat működteti a Nemzeti Gyermekonkológiai Regisztert, amely nyilvántartja a gyermekkori daganatos megbetegedések epidemiológiájára, kezelési módszereire és eredményességére, valamint a hosszú távú nyomon követésre vonatkozó adatokat (Garami és Jakab, 2024). A Magyar Gyermekonkológiai Hálózat szerint a rákkal diagnosztizált gyermekeket nyolc magyarországi intézményben kezelik. Ezen intézmények között vannak gyermekgyógyászati egyetemi klinikák, általános gyermekkórházak, gyermekegységgel rendelkező egyetemi kórházak, valamint gyermekgyógyászati egységekkel rendelkező általános kórházak, amelyek más betegségekben szenvedő gyermekeket is kezelnek.

Az Európai Gyermekonkológiai Társaság (SIOPE) által indított, „A daganatos gyermekek gondozásának és kutatásának európai szerveződése” (OCEAN) elnevezésű projekt szerint

13 infrastrukturális elem és kezelési mód – például brachyterápia, őssejt-transzplantáció, palliatív ellátás és kemoterápia – közül 12 áll rendelkezésre a magyarországi daganatos gyermekek ellátására, míg protonterápia nem érhető el (SIOPE, 2024). Emellett 2018-ban a 0–18 éves betegeknek a rák kezeléséhez alapvetőnek minősített 68 gyógyszer 65%-a volt elérhető Magyarországon, szemben a 76%-os uniós átlaggal (Vassal et al., 2021).

A 2010 és 2022 között az EU-ban élő gyerekek és fiatalok részvételével végzett 436 klinikai vizsgálatból 30 (7%) zajlott Magyarországon. Ez az arány magasabb, mint egyes szomszédos országokban, például Horvátországban (1%), Szlovákiában (3%) vagy Romániában (4%), de nem éri el a régió más országainál, például Csehországnál (14%) vagy Lengyelországnál (15%) fennálló arányt.

Bödör Cs. (2023): Az újgenerációs szekvenálás (NGS) nyújtotta lehetőségek a mindennapi molekuláris diagnosztikában, NGS workshop, Budapest, Semmelweis Egyetem.

De Angelis R. et al. (2024): Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCARE-6): a population-based study, *Lancet Oncology*, 25(3):293–307, doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

Döbrössy et al. (2010): Szűrővizsgálatokról szakembereknek. Oktatási segédanyag. Szűrőprogramok Országos Kommunikációja, Budapest, Országos Tisztifőorvosi Hivatal.

Furka A. (2022): Onkológiai prehabilitáció, *Orvosi Hetilap*, 163(50):1975–81, doi:10.1556/650.2022.32646.

Garami M., Jakab Zs. (2024): Nemzeti Gyermekonkológiai Regiszter. *Orvosi Hetilap*, 165(24-25):933–43, doi:10.1556/650.2024.33061.

Gyulai A. et al. (2022): A népegészségügyi célú méhnyakszűrésben résztvevő védőnők szakmai attitűdjének vizsgálata, *Arany pajzs*, 1(2):6–23. doi:10.56077/AP.2022.2.1.

Hegedűs K., Farkas A. B., Lukács M. (2023): Hospice betegellátás 2022 a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatai alapján, Budapest, Magyar Hospice-Palliatív Egyesület.

Hofmarcher T. et al. (2023): Access to novel cancer medicines in four countries in Central and Eastern Europe in relation to clinical benefits, *ESMO Open*, 8(4): 101593, doi:10.1016/j.esmoop.2023.101593.

Joó T. et al. (2024): Impact of regulatory tightening of the Hungarian tobacco retail market on availability, access and cigarette smoking prevalence of adolescents, *Tobacco Control*, 5:tc-2023-058232, doi:10.1136/tc-2023-058232.

Kerpel-Fronius A. et al. (2024): HUNCHEST-II contributes to a shift to earlier-stage lung cancer

detection: final results of a nationwide screening program, *European Radiology*, 34(5):3462–70. doi:10.1007/s00330-023-10379-8.

Kiss Z. et al. (2022): Underlying reasons for post-mortem diagnosed lung cancer cases – A robust retrospective comparative study from Hungary (HULC study), *Frontiers in Oncology*, 12:1032366, doi:10.3389/fonc.2022.1032366.

Kívés Zs. et al. (2022): A kolorektális szűrések részvételi mutatói Magyarországon 2008–2021 között, *Magyar Onkológia*, 66(3):209–17, <https://huon.hu/2022/66/3/0209/0209a.pdf>.

Mayer B. et al. (2022): The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care, *Népegészségügy*, 99(1):144–53.

Mózes N., Feith H. J. (2023): A méhnyakrák citológiai szűrővizsgálaton való részvételt befolyásoló tényezők összehasonlító felmérése Magyarországon roma és nem roma lakosság körében, összefüggésben szlovák és román eredményekkel, *Orvosi Hetilap*, 164(36):1416–25, doi:10.1556/650.2023.32842.

MTA (2023): A daganatos betegségek előfordulása Magyarországon, Budapest, Magyar Tudományos Akadémia, https://mta.hu/data/dokumentumok/egyeb_dokumentumok/2023/Daganatos_betegsegek_osszeallitas.pdf.

SIOPE Europe (2024): Childhood cancer country profile: Hungary, Brüsszel, SIOPE Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projecthungary.pdf>.

Vassal, G. et al. (2021): „Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe”, in: *Annals of Oncology*, 32/4, 560–568. o., <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Wéber A. et al. (2023): Evaluation of data quality at the Hungarian National Cancer Registry, 2000–2019, in: *Cancer Epidemiology*, 82:102306, doi:10.1016/j.canep.2022.102306.

Az országnevek rövidítéseinek jegyzéke

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

Rákügyi országprofil 2025

Az Európai Rákegyenlőtlenségi Regiszter az európai rákellenes terv kiemelt kezdeményezése. Megfelelő és megbízható adatokkal szolgál a rákmegelőzésről és -kezelésről, hogy azonosítani lehessen a tendenciákat, a különbségeket és az egyenlőtlenségeket a tagállamok és a régiók körében. A regiszter magában foglalja az Európai Bizottság Közös Kutatóközpontja által kifejlesztett weboldalt és adatait (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/), valamint a rákügyi országprofilok és egy, a rák tekintetében fennálló európai egyenlőtlenségekről szóló átfogó jelentés kétévenként felváltva megjelenő sorozatát.

A rákügyi országprofilok a 27 uniós tagállam mindegyike, továbbá Izland és Norvégia tekintetében határozzák meg az erősségeket, a kihívásokat és a konkrét cselekvési területeket, hogy iránymutatást nyújtsanak az európai rákellenes terv keretében uniós, nemzeti és regionális szinten végrehajtandó beruházásokhoz és beavatkozásokhoz. Az Európai Rákegyenlőtlenségi

Regiszter a szennyezőanyag-mentességi cselekvési terv 1. kiemelt kezdeményezését is támogatja.

Az országprofilokat az OECD készíti, az Európai Bizottsággal együttműködésben. A csoport hálás a nemzeti szakértők, az OECD Egészségügyi Bizottsága és a Rákegyenlőtlenségi Regiszterrel foglalkozó uniós tematikus munkacsoport értékes észrevételeiért és javaslataiért.

Minden országprofil rövid összefoglalót kínál az alábbiakról:

- a nemzeti rákterhelés,
- rákkockázati tényezők, a magatartási és környezeti kockázati tényezőkre összpontosítva,
- a korai felismerést célzó programok,
- a rákellátás terén nyújtott teljesítmény, a hozzáférhetőségre, az ellátás minőségére, a költségekre és az életminőségre összpontosítva.

Kérjük, hogy a kiadványra a következőképpen hivatkozzon:

OECD/European Commission (2025): Rákügyi országprofil: Magyarország 2025, Uniós rákügyi országprofilok, OECD Publishing, Párizs, <https://doi.org/10.1787/23a4c260-hu>.

Eredetileg angol nyelven, a következő címmel jelent meg: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Hungary 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/344b5f49-en>.

Eltérés esetén kizárólag az angol változat szövegét kell érvényesnek tekinteni.

© OECD/European Union 2025 ehhez a magyar kiadáshoz.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.