European Cancer Inequalities Registry

MAGYARORSZÁG

Rákügyi országprofil

2023

European Commission

OECD

BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Rákügyi országprofilok sorozat

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 között. A rákügyi országprofilok a 27 uniós tagállam mindegyike, továbbá Izland és Norvégia tekintetében meghatározzák 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 zéró szennyezés elleni cselekvési terv 1. kiemelt területét is támogatja.

A profilokat az OECD készíti az Európai Bizottsággal együttműködésben. A csoport hálás az OECD Egészségügyi Bizottsága és a Rákegyenlőtlenségi Regiszterrel foglalkozó uniós állandó szakértői csoport értékes észrevételeiért valamint a nemzeti szakértőktől kapott információkért.

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 származnak az Egészségügyi Világszervezettől (WHO), a Nemzetközi Rákkutató Ügynökségtől (IARC), a Nemzetközi Atomenergia-ügynökségtől (NAÜ), az Egészségügyi Mérési és Értékelési Intézettől (IHME) és más nemzeti forrásokból (magán- vagy kereskedelmi érdekektől függetlenül). Eltérő megjegyzés hiányában a számított uniós átlagok a 27 tagállam súlyozott átlagai. Az uniós átlag Izland és Norvégia adatait nem tartalmazza. Megjegyzés: Vásárlóerő-paritás (PPP): valuta átszámítására alkalmazott arányszám, amely kiegyenlíti a különböző valuták vásárlóerejét azzal, hogy figyelmen kívül hagyja az országok árszínvonalában mutatkozó különbségeket.

This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

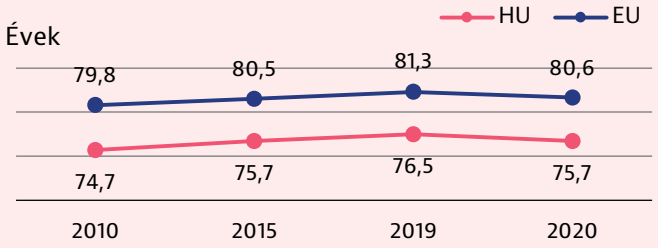
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsand-conditions.

Tartalom

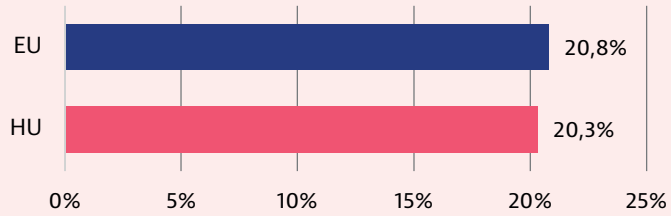
1. KIEMELT TÉMÁK 3
2. RÁK MAGYARORSZÁGON 4
3. KOCKÁZATI TÉNYEZŐK ÉS MEGELŐZÉSI POLITIKÁK 7
4. KORAI FELISMERÉS 9
5. A RÁKELLÁTÁS TELJESÍTMÉNYE 11
5.1. Hozzáférhetőség 11
5.2. Minőség 13
5.3. Költségek és ár-érték arány 15
5.4. Covid-19 és rák: reziliencia építése 16
6. REFLEKTORFÉNYBEN AZ EGYENLŐTLENSÉGEK 18

Az egészségügyi rendszer főbb jellemzőinek összefoglalása

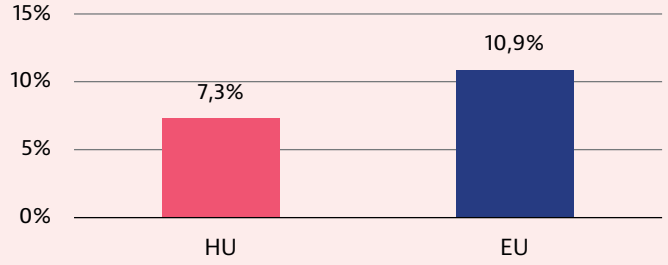
SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÁTLAGOS ÉLETTARTAM (ÉV)



A 65 ÉVES ÉS ANNÁL IDŐSEBB NÉPESSÉG ARÁNYA, 2021

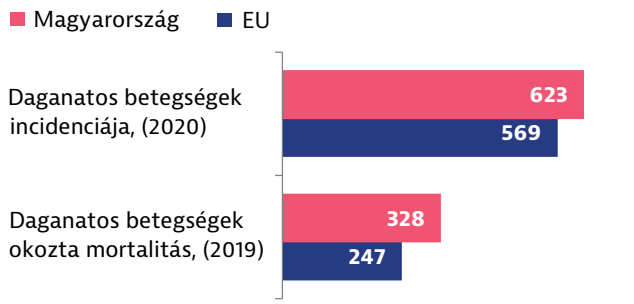


EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK A GDP ARÁNYÁBAN, 2020

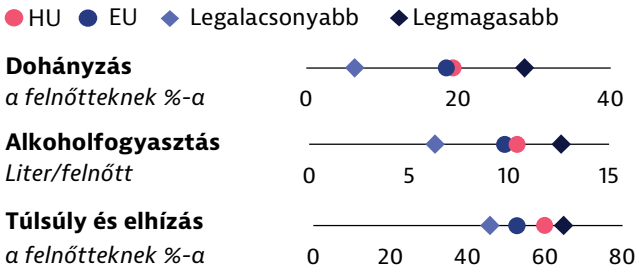


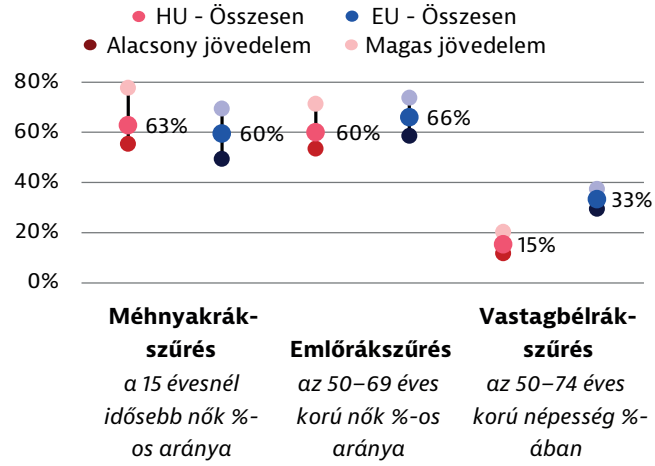
Forrás: Eurostat adatbázis.

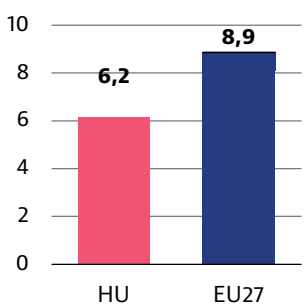
1. Kiemelt témák



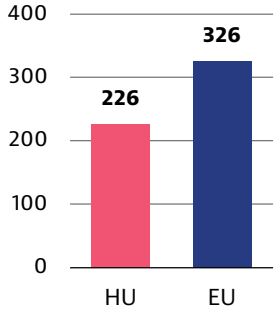
Életkor szerint standardizált arányszám 100 000 lakosra vetítve







Részecsketerápia központok száma 100 000 lakosra vetítve, 2007-22



A daganatos megbetegedésekkel kapcsolatos teljes költség (EUR/fő PPP), 2018

Rák Magyarországon

A rákos megbetegedések becsült incidenciája és az ilyen megbetegedésnek tulajdonítható mortalitás Magyarországon 2019–2020-ban meghaladta az uniós átlagokat. A 100 000 főre eső 328 halálesettel 2019-ben Magyarországon volt a legmagasabb a rákkal összefüggő mortalitás az EU-ban. A jelenlegi Nemzeti Rákellenes Program célja, hogy 2030-ig 10%-kal csökkentse a rákkal összefüggő mortalitást.

Kockázati tényezők és megelőzési politikák

A túlsúly, az elhízás és a dohányzás mértéke a rák fontos kockázati tényezői Magyarországon. A dohányzás elterjedtsége azonban jelentősen csökkent az elmúlt évtizedben, különösen a férfiak körében. Ehhez egy sor kormányzati szakpolitika is hozzájárulhatott.

Korai felismerés

A korai felismerési tevékenységekben való magyarországi részvétel aránya megegyezik az uniós átlaggal az emlőrák esetében, valamivel meghaladja azt a méhnyakrák esetében, és majdnem a felét teszi ki az uniós átlagnak a vastagbélrák esetében. Magyarországon az emlő- és méhnyakrákszűrésben való részvételben nagy különbségek figyelhetők meg a jövedelmi szintek szerint.

A rákellátás teljesítménye

Más uniós országokhoz hasonlóan Magyarországon is csökken 2000 óta a rák következtében elvesztett életévek száma 100 000 75 évnél nem idősebb lakosra vetítve, ami a rákellátási teljesítmény javulására utal. Regionális és nemzeti szinten azonban továbbra is hiány mutatkozik a rákellátásban dolgozó szakemberekből, és a sugárterápiás eszközök sűrűsége alacsony, ami hozzájárul az ellátáshoz való hozzáférés földrajzi egyenlőtlenségeihez. 2018-ban Magyarország fejenként 226 EUR-t költött rákellátásra, ami az uniós átlag (326 EUR) 69%-a.

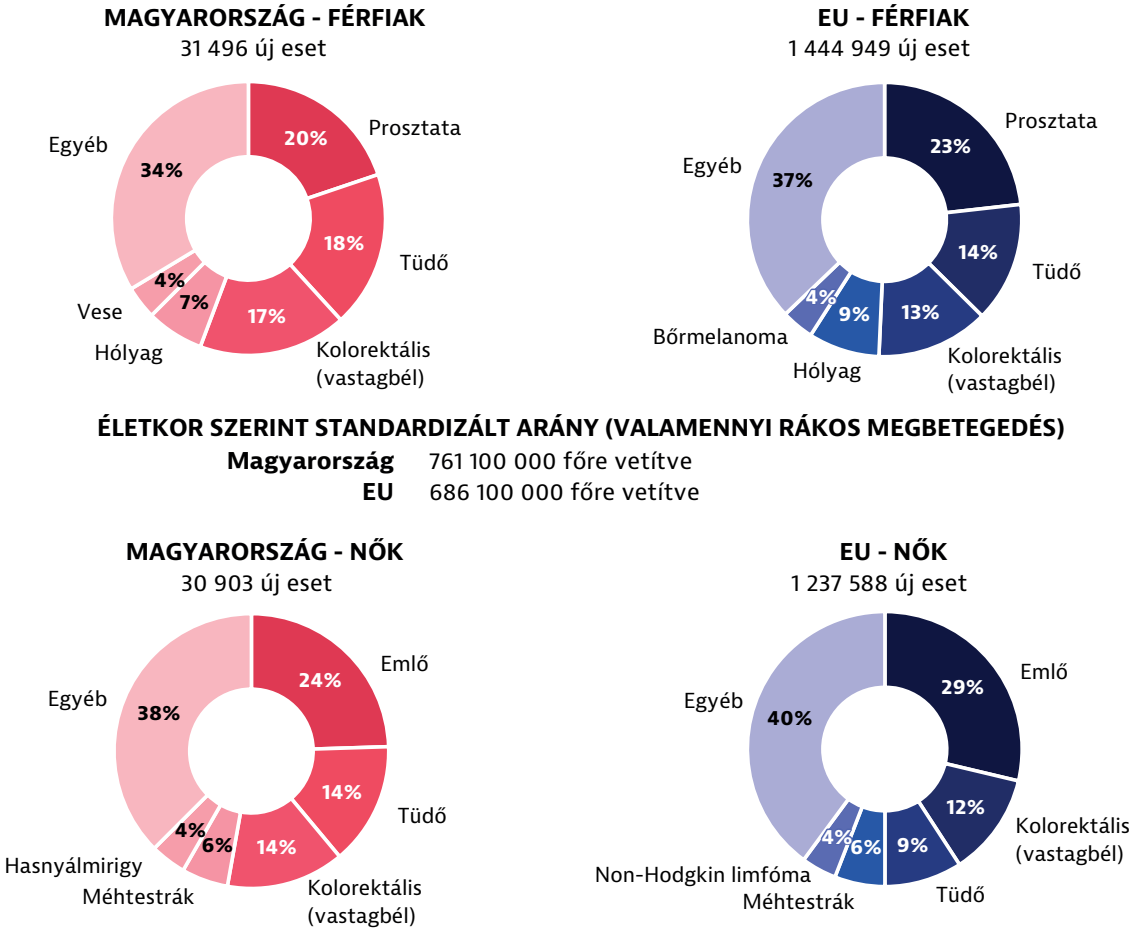
2. Rák Magyarországon

A rákos megbetegedések incidenciája Magyarországon a legmagasabbak között van az EU-ban

A Közös Kutatóközpont európai rákinformációs rendszere (ECIS) szerint a világjárvány előtti évek előfordulási tendenciái alapján Magyarországon 2020-ban mintegy 62 000 új rákos megbetegedést vártak (1. abra), ami 100 000 főre körülbelül 623 megbetegedést jelent[1]. Ez 10%-kal meghaladja az uniós átlagot (569/100 000). Mintegy 102 tüdőrákos megbetegedés vártak 100 000 magyarra, ezzel itt a legmagasabb az incidencia az EU-ban. Más vezető rákdiagnózisok közé tartozott az emlőrák (100 000 főre 134 eset) és a vastagbélrák (100 000 főre 98 eset)[2]. A gyomorrák 2020-ban várhatóan az új rákos megbetegedések 3%-át teszi ki a férfiaknál, a nőknél pedig 2%-át, a bőr melanóma pedig az új rákos megbetegedések 2%-át mind a férfiak, mind a nők esetében.

1. ábra 2020-ban a rákos megbetegedések incidenciája mind a férfiak, mind a nők körében meghaladja az uniós átlagot

A rákos megbetegedések incidenciájának nemek szerinti megoszlása Magyarországon és az EU-ban



ÉLETKOR SZERINT STANDARDIZÁLT ARÁNY (VALAMENNYI RÁKOS MEGBETEGEDÉS)

Magyarország	761 100 000 főre vetítve
EU	686 100 000 főre vetítve

ÉLETKOR SZERINT STANDARDIZÁLT ARÁNY (VALAMENNYI RÁKOS MEGBETEGEDÉS)

Magyarország	540 100 000 főre vetítve
EU	484 100 000 főre vetítve

Megjegyzés: A méhtestrák nem foglalja magában a méhnyakrákot. Ezek a becslések a Covid19-világjárvány előtt készültek, a korábbi évek előfordulási tendenciái alapján, és eltérhetnek az utóbbi években megfigyelt arányoktól.
Forrás: Európai rákinformációs rendszer (ECIS). A https://ecis.jrc.ec.europa.eu oldalról, a 2022. május 9-i lekérdezés alapján. © Európai Unió, 2022.

1 *A Nemzeti Rákregiszter előzetes adatai szerint 2020-ban 66 434 esetről számoltak be az országban (680 eset 100 000 főre vetítve) (a számadat a bőr nem melanocytás elváltozásait nem tartalmazza).*

2 *A Nemzeti Rákregiszter előzetes adatai 100 000 nőre vetítve 145,5 emlőrákos esetet, 100 000 főre 100,2 vastagbélrákos esetet mutatnak.*

A magyar nők esetében továbbra is az emlőrák a leggyakrabban diagnosztizált típus, amelyet a tüdő- és a vastagbélrák követ (1. ábra). 2020-ban a rák incidenciájának becsült eloszlása a magyar férfiak körében hasonló volt az EU-ban élő férfiakéhoz; a három leggyakrabban diagnosztizált rák a prosztata-, a tüdő- és a vastagbélrák. A prosztatarák incidenciája az uniós átlag alatt maradt, de a tüdő- és a vastagbélráké magasabb volt az uniós átlagnál. 2020-ban Magyarországon 100 000 férfira 138 tüdőrákos esetet és 136 vastagbélrákos esetet vártak.

A magyar Nemzeti Rákregiszter szerint 2020-ban a férfiak körében leggyakrabban diagnosztizált rákos megbetegedés a tüdőrák volt: 5615 regisztrált esettel (100 000 férfira 120 eset jutott). Ezt követte a vastagbélrák 5421 esettel (100 000 férfira 116 eset) és a prosztatarák (3787 eset).

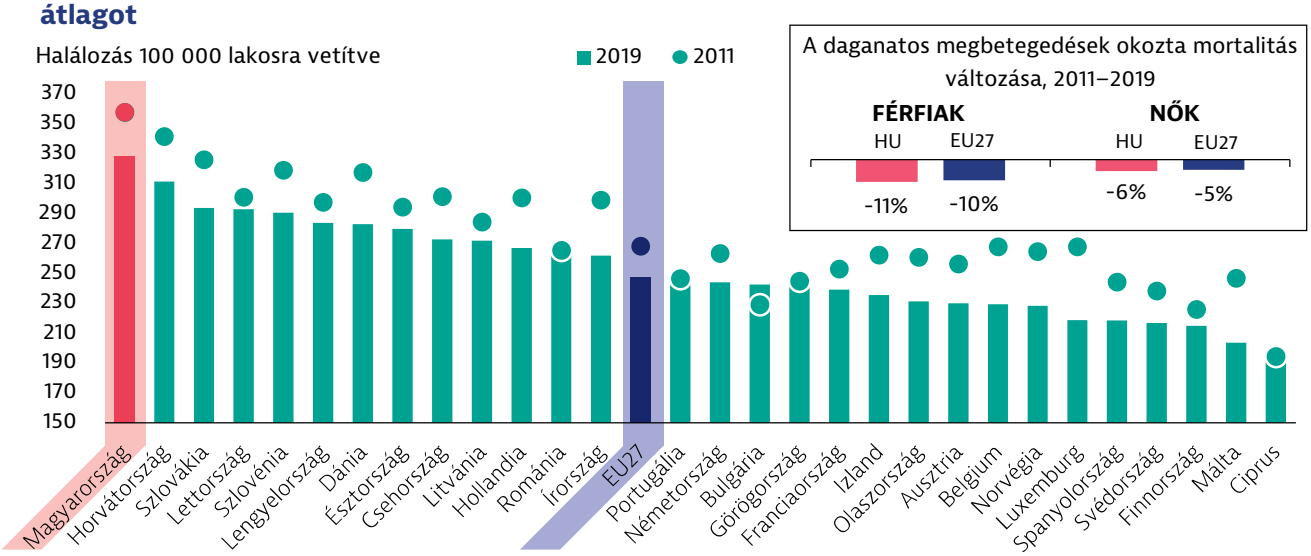
A rákkal összefüggő mortalitás Magyarországon a legmagasabbak között volt az EU-ban 2019-ben

2019-ben az uniós országok körében Magyarországon volt a legmagasabb a rákkal összefüggő általános mortalitás (2. ábra). Az országban 100 000 főre 328 ráknak tulajdonítható halálesetet regisztráltak, míg az uniós átlag 100 000 főre 247 eset volt.

Jelentősek voltak a nemek és az iskolai végzettség szerinti mortalitási különbségek. 2013-ban a férfiak (488/100 000) sokkal nagyobb valószínűséggel haltak meg rákban, mint a nők (269/100 000). A 25–65 évesek körében az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező nők több mint kétszer nagyobb valószínűséggel, az alacsonyabb iskolai végzettségű férfiak pedig négyszer nagyobb valószínűséggel halnak meg daganatos megbetegedésben, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkező társaik (100 000 nőre vetítve 220 eset a 85-tel szemben és 100 000 férfira vetítve 424 eset a 91-gyel szemben). Az iskolai végzettség szerinti különbségek az idősebb korcsoportban is megmaradnak, bár alacsonyabb szinten.

A ráknak tulajdonítható mortalitás olyan tényezők kombinációjával magyarázható, mint például a kockázatos egészség-magatartás nagyobb elterjedtsége a lakosság körében (lásd a 3. szakaszt), a kórbonctani diagnózis nagyobb aránya (2019-ben a kórházakban elhunyt betegek körülbelül egyharmada esett át boncoláson), valamint a korai diagnózis és a rákellátás alacsonyabb hatékonysága (lásd a 4. és 5. szakaszt). A lakosság egészségműveltségének javítása és a szűrési szolgáltatások megerősítése a kormány azon fő erőfeszítései közé tartozik, amelyek a rák jelentette terhet kívánják csökkenteni Magyarországon.

2. ábra A rákkal összefüggő mortalitás Magyarországon 2019-ben 33%-kal haladta meg az uniós átlagot



Megjegyzés: Az uniós átlag súlyozott (a 2011–2017-es időszak az Eurostat, a 2018–2019-es időszak pedig az OECD számításain alapul).
Forrás: Eurostat adatbázis.

A tüdő- és a vastagbélrák a rák általi mortalitás messze legfőbb okai

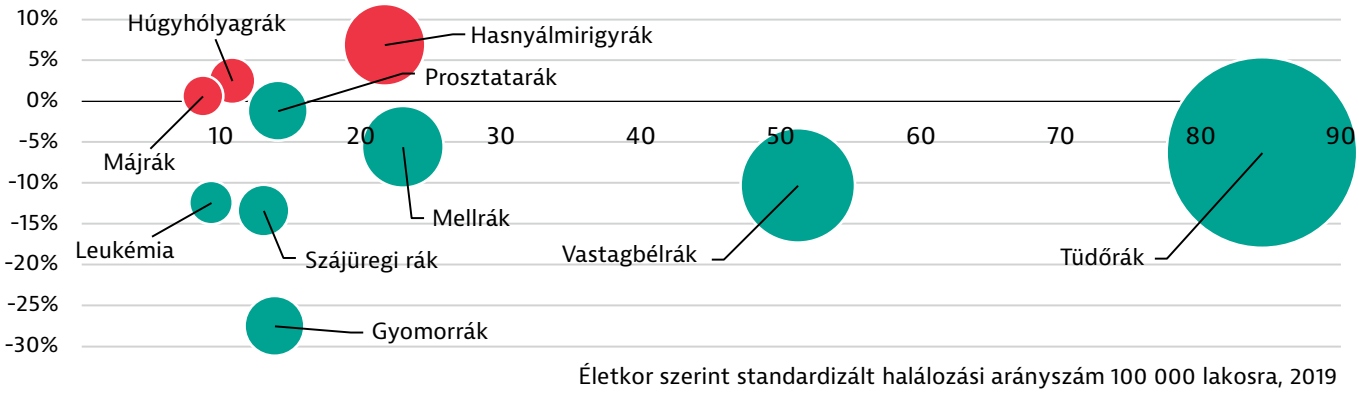
Magyarországon a tüdő-, a vastagbél-, az emlő- és a hasnyálmirigy-rák jelentik a rák okozta elhalálozások fő okát (3. ábra). 2019-ben a 100 000 főre jutó mortalitás mind a négy ráktípus tekintetében az országban volt a legmagasabb az EU-t tekintve. A tüdőrákkal összefüggő mortalitás (84 haláleset 100 000 főre vetítve) jóval meghaladta az uniós átlagot (50 haláleset 100 000 főre), a vastagbélrák általi mortalitás (51 haláleset 100 000 főre) pedig 76%-kal volt magasabb az uniós átlagnál (29 haláleset 100 000 főre). A közelmúltban bevezetett vastagbél-rákszűrési program és a tüdőrákszűrési vizsgálatok (lásd a 4. szakaszt) célja a kimenetelek javítása.

2019-ben a gyomorrák okozta teljes mortalitás 100 000 főre vetítve 14 volt 2019-ben, ami magasabb, mint az uniós átlag (100 000 főre 10). A bőr melanoma általi teljes mortalitás 100 000 főre vetítve 4 volt.

2011 óta Magyarországon a hasnyálmirigy-, a hólyag- és a májrák kivételével valamennyi ráktípus esetében csökkent a mortalitás. A hasnyálmirigy-rákkal összefüggő mortalitás 2011 és 2019 között 7%-kal nőtt (3. ábra). 2011 és 2019 között Magyarországon ehhez a ráktípushoz volt köthető a mortalitás legnagyobb mértékű növekedése, míg az uniós átlagos mortalitás állandó maradt. A rákkal összefüggő mortalitás legnagyobb csökkenése (28%-os csökkenés 2011 és 2019 között) a gyomorrák esetében következett be.

3. ábra A legtöbb ráktípus esetében csökkent a mortalitás az elmúlt évtizedben Magyarországon

A daganatos megbetegedések okozta mortalitás változása, 2011–2019 (vagy a legközelebbi év)



Megjegyzés: A vörös buborékok a rákkal összefüggő mortalitás százalékos változásának növekedését jelzik a 2011–2019-es időszakban; a zöld buborékok csökkenésre utalnak. A buborékok mérete a 2019-es mortalitással arányos. E ráktípusok némelyikével összefüggő mortalitás alacsony; ezért a százalék változását óvatosan kell értelmezni. A mortalitást jelző buborékok mérete nem hasonlítható össze az egyes országok között.
Forrás: Eurostat adatbázis.

A központosított kezelési protokolloknak is köszönhetően a gyermekkori rákos megbetegedések általános túlélési aránya magas

A Magyar Gyermektumor Regiszter biztosítja a 15 év alatti gyermekek körében megfigyelt rákos megbetegedések incidenciájának és mortalitásának népességalapú nyilvántartását. Bár a gyermekkori rákos megbetegedések az országban diagnosztizált összes rosszindulatú betegség kevesebb mint 1%-át teszik ki, incidenciájuk 2001 és 2015 között lassan növekvő tendenciát mutatott. 2020-ban a 15 év alatti gyermekek körében a kor szerint standardizált incidencia 100 000 főre 15 volt, ami hasonló az uniós átlaghoz. A Magyar Gyermekonkológiai Hálózat központjainak konszenzusán alapuló, központosított kezelési protokolloknak is köszönhető, hogy a körülírt daganatok esetében a túlélési arány a 70%-ot is meghaladja (Jakab et al., 2020).

A jelenlegi Nemzeti Rákellenes Program célja a rákkal összefüggő mortalitás 10%-os csökkentése

Magyarország jelenlegi Nemzeti Rákellenes Programja 2018 óta van hatályban, és vázolja az ország 2030-ig szóló rákellenes stratégiáját. Átfogó célkitűzése, hogy 2030-ig 10%-kal csökkenjen a rákkal összefüggő mortalitás. A program prioritásai közé tartozik a magatartási kockázati tényezőkkel szembeni erőfeszítések folytatása és a korai felismerési tevékenységek kiterjesztése. A program hangsúlyozza továbbá, hogy el kell mozdulni a szervspecifikus központosítás felé, valamint korszerűsíteni kell a rákdiagnosztikát és -kezelést. Ez utóbbi elem magában foglalja a molekuláris patológiához és a sugárterápiás berendezések felújításához nyújtott kiegészítő finanszírozást. A program részletesen ismerteti a (célzott) immunterápia szélesebb körű alkalmazása és az onkológiai sebészet modernebb megoldásai felé tett lépéseket is. A program konkrét célkitűzéseket, fellépéseket és intézkedéseket ír le az általános pszichoonkológiai támogatásra vonatkozóan, és hangsúlyozza, hogy a távorvoslást és más digitális megoldásokat be kell építeni a rákellátásba.

A munkaerőpiaci reintegrációra és a személyes adatok tárolásának megszüntetéséhez való jogra (amely jog lehetővé teszi az egyének számára, hogy személyes adataik, köztük a rájuk vonatkozó egészségügyi információk felett ellenőrzést gyakoroljanak annak eldöntése révén, hogy mit lehet a nyilvánosság számára hozzáférhetővé tenni) vonatkozó szakpolitikákat nem kifejezetten a rákellátással összefüggésben fogalmazták meg. Vannak azonban olyan szakpolitikák, amelyek valamennyi gyógyult beteg (köztük azok, akiknek kórtörténetében rák szerepel) reintegrációját vezérlik.

3. Kockázati tényezők és megelőzési politikák

A magatartási kockázati tényezők elterjedtebbek Magyarországon, mint az egész EU-ban

Más uniós országokhoz képest Magyarország viszonylag rosszul teljesít a dohányzás, alkoholfogyasztás, túlsúly, elhízás és a légszennyezésnek való kitettség terén, míg viszonylag jól teljesít a HPV elleni átoltottság tekintetében (4. ábra). Az Egészségügyi Mérési és Értékelési Intézet szerint 2019-ben Magyarországon a mortalitásban a következők játszottak kulcsfontosságú szerepet: a helytelen táplálkozás (amely az elhalálozások 24%-ért felel, szemben a 17%-os uniós átlaggal) és a dohányzás (amely az elhalálozások 21%-ért felel, szemben a 17%-os uniós átlaggal). Hasonlóképpen, a magyarországi mortalitás 7%-a (a 6%-os uniós átlaghoz képest) az alkoholfogyasztásnak tulajdonítható, míg a kevés testmozgás mortalitásra gyakorolt hatása megegyezik az uniós átlaggal (2%). A közelmúltban a két legjellemzőbb kockázati tényezőt kezelő szakpolitikákat vezettek be. 2020-ban az összes egészségügyi kiadás 3,7%-át fordították megelőzésre, ami meghaladja a 3,4%-os uniós átlagot.

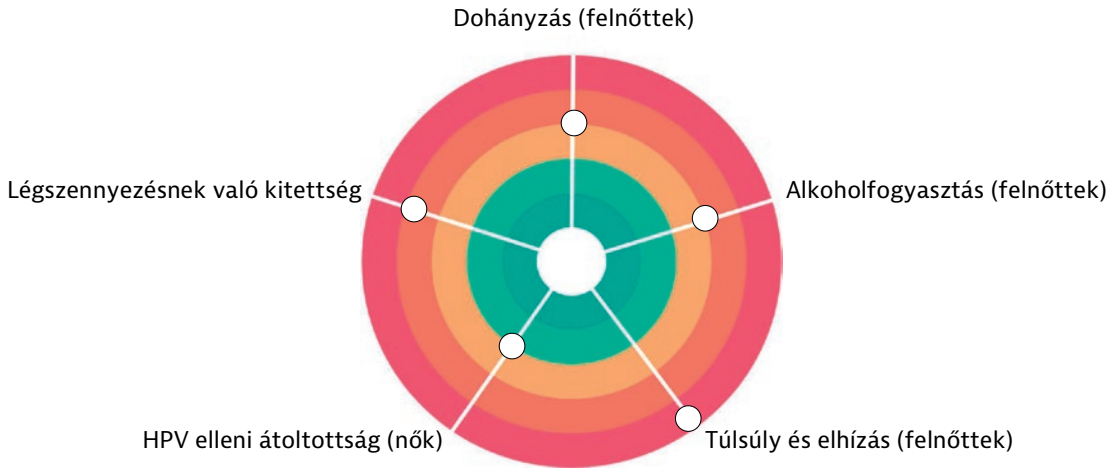
Az elhízás és a túlsúly egyre nagyobb problémát jelent, különösen az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők körében

Az elhízás és a túlsúly egyre gyakoribb egészségügyi probléma Magyarországon. 2019-ben a magyarok több mint fele (60%) volt elhízott vagy túlsúlyos, szemben az 53%-os uniós átlaggal. Ez 2014 óta 11%-os növekedést jelent. Az elhízás és a túlsúly a férfiak és az idősek körében a legelterjedtebb: a magyar férfiak 67%-a és az idősebb magyarok 73%-a érintett. Az elhízás és a túlsúly arányának növekedése az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező magyarok tekintetében volt a legszembetűnőbb, 23%-os.

A dohányzási arány általános csökkenését a férfiak dohányzási szokásainak megváltozása vezérelte

2014-ben a magyarok a legerősebb dohányosok közé tartoztak az EU-ban: a jelentések szerint minden negyedik ember naponta dohányzott. A helyzet 2019-re javult: Magyarországon a megkérdezettek körülbelül egyötöde számolt be napi dohányzásól, bár a napi dohányosok aránya (19%) még mindig

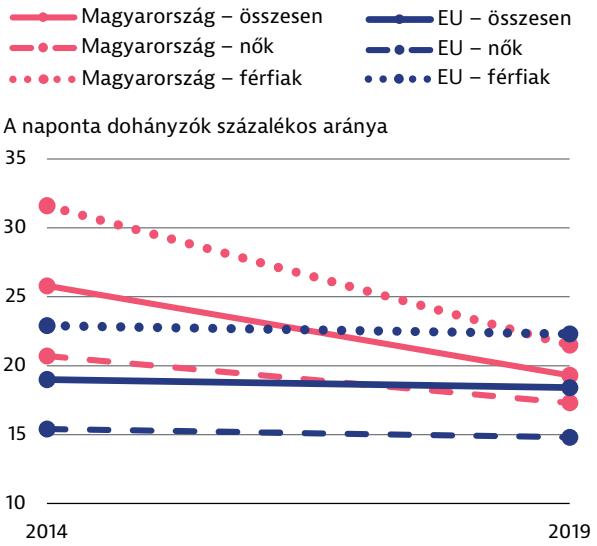
4. ábra Magyarország viszonylag rosszul teljesít minden kockázati tényező tekintetében, kivéve a HPV elleni átoltottságot



Megjegyzés: Minél közelebb helyezkedik el a pont a középponthoz, annál jobban teljesít az adott ország az uniós országokkal összevetve. Egyik ország sincs a fehér „célterületen" belül, mivel minden országban van még hová fejlődni minden területen.
Források: Az OECD számításai a dohányzás és a túlsúly/elhízás arány tekintetében a 2019. évi európai egészségfelmérés (EHIS) alapján, az alkoholfogyasztás tekintetében az OECD 2022. évi egészségügyi statisztikái és a WHO alkoholfogyasztásra vonatkozó globális alkohol- és egészségügyi információs rendszere (GISAH) (2020) alapján, a humán papillomavírus (HPV) elleni oltottság tekintetében a WHO nyomán (a WHO/UNICEF immunizációról szóló közös jelentéstételi űrlapja révén) (2020), valamint a légszennyezésre vonatkozóan az Eurostat alapján (2019).

valamivel meghaladta a 18%-os uniós átlagot. A 2014 és 2019 közötti csökkenés nagyrészt arra vezethető vissza, hogy a férfiak dohányzási szokásai változtak: a naponta dohányzó férfiak aránya 2014-ben 32% volt, míg 2019-ben 21%[3]. Ez a tendencia a nemek között a dohányzási szokások terén meglévő markáns különbséget is csökkentette (5. ábra).

5. ábra A napi dohányzási szokások markáns csökkenése a magyar férfiak körében csökkentette a nemek közötti különbséget



Megjegyzés: Az uniós átlag súlyozott (a számítást az Eurostat végezte el).
Forrás: Az Eurostat adatbázisa (EHIS). Az adatok 2019-re vonatkoznak.

Hangsúlyosak voltak a jövedelem és az iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségek. 2019-ben az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező magyarok 25%-a dohányzott naponta, majdnem háromszor annyian, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők (9%). Ez a dohányzás terén az iskolai végzettség tekintetében mért legnagyobb különbség az EU-ban. Eközben az alacsonyabb jövedelmű magyarok 30%-a és a magasabb jövedelműek 13%-a számolt be napi cigarettázásról, ami újabb jelentős különbséget mutat.

Számos kormányzati intézkedés járult hozzá a napi dohányosok arányának általános csökkenéséhez (Joó et al., 2018). 2013-ban a kormány átszervezte a dohány-kiskereskedelmet, és csökkentette az értékesítési helyek számát. 2012 és 2013 között a nyilvános helyeken történő dohányzásra vonatkozó korlátozásokat és a dohánytermékek egészségügyi kockázataira figyelmeztető címkéket is bevezettek, valamint mérlegelik a kötelező semleges csomagolás bevezetésének tervét. A folyamatban a dohánytermékek jövedéki adójának 2010-től kezdődő fokozatos emelése is szerepet kapott.

Az új nikotin- és dohánytermékek használata azonban növekszik, különösen a tizenévesek körében. Azon 13–15 évesek aránya, akik az elmúlt 30 napban elektronikus cigarettát fogyasztottak, a 2013. évi 9%-ról 2020-ra 12%-ra nőtt. Ez részben azzal magyarázható, hogy ezekre a termékekre még nem ugyanaz az adórendszer és szabályozás vonatkozik, mint a hagyományos dohánytermékekre, bár a közelmúltbeli szabályozások célja a nikotint tartalmazó e-cigaretták forgalmazásának korlátozása volt.

Az alkoholfogyasztással összefüggő új rákos megbetegedések a legmagasabbak között vannak az EU-ban

Az IARC szerint Magyarországon 2020-ban 100 000 főre vetítve 17 új rákos megbetegedés volt tulajdonítható az alkoholfogyasztásnak. Ez az egyik legmagasabb szint az EU-ban – Magyarországot csak a szomszédos Szlovákia előzi meg. A nemek közötti különbség jelentős: több mint háromszor annyi rákos megbetegedés tulajdonítható az alkoholfogyasztásnak a férfiak körében (100 000 főre 27), mint a nők körében (100 000 főre 9).

A magyarok 2020-ban nem tartoztak az EU „nagyivói" közé, bár a fogyasztás (egy főre átlagosan 10,4 liter tiszta alkohol) meghaladta a 9,8 literes uniós átlagot (6. ábra). A férfiak körében azonban a veszélyes alkoholfogyasztás aránya meghaladta az uniós átlagot: 2014-ben a napi 40 grammot meghaladó átlagos fogyasztási mértékről beszámoló magyar férfiak aránya 6% volt, ami a legmagasabbak között van az EU-ban, és majdnem kétszerese az uniós átlagnak (3%). Az alacsonyabb iskolai végzettségű (4%) és alacsonyabb jövedelmű (5%) magyarok szintén nagyobb valószínűséggel számoltak be veszélyes alkoholfogyasztásról, mint a felsőfokú végzettséggel (1,7%) és a magasabb jövedelemmel (1,8%) rendelkezők.

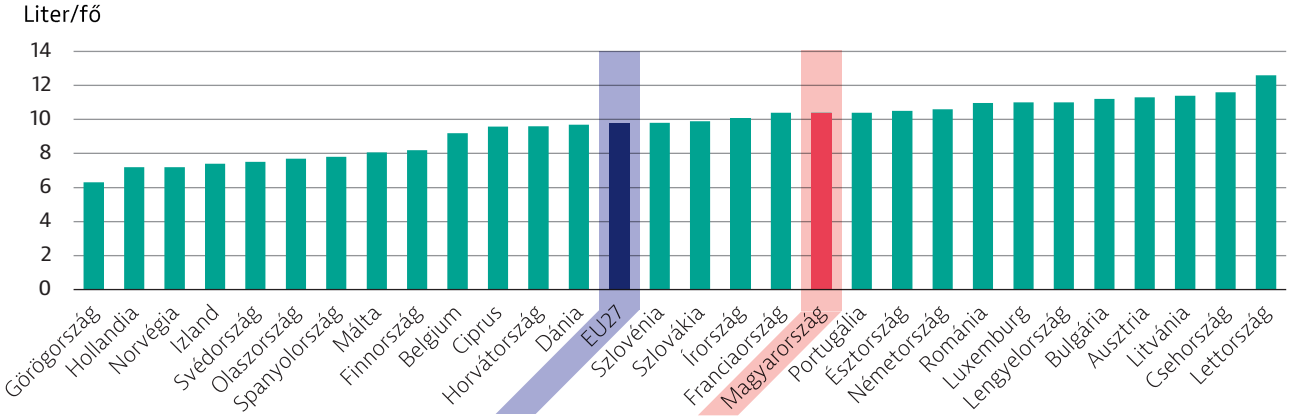
Magyarországon nagyobb a légszennyezésnek való kitettség, mint az EU-ban

2019-ben Magyarországon a PM_{10}-nek[4] való kitettség 24,4 µg/m³-t ért el, ami magasabb az uniós átlagnál (20,5 µg/m³). Magyarországon a $PM_{2,5}$ koncentrációja is magasabb volt, mint az EU-ban (14,4 µg/m³, szemben a 12,6 µg/m³-rel). Az Egészségügyi Mérési és Értékelési Intézet szerint 2019-ben Magyarországon az ózonnak és a $PM_{2,5}$-nek való kitettség a becslések szerint az összes haláleset 7%-áért felelt, ami magasabb az uniós átlagnál (4%).

3 *Ezeket a tendenciákat Weber (2019) is megerősíti, mely szerint 2000 és 2015 között Magyarországon csökkent a férfiak körében a dohányzásnak tulajdonítható mortalitás, míg a nők körében jelentősen nőtt.*

4 *A lebegő részecskéket (PM) méret szerint osztályozzák: PM_{10}: 10 mikrométernél kisebb átmérőjű részecskék; $PM_{2,5}$: 2,5 mikrométernél kisebb átmérőjű részecskék.*

6. ábra A magyarok több alkoholt fogyasztanak, mint az uniós átlag



Megjegyzés: Az EU-27 átlaga súlyozatlan (a számítást az OECD végezte el).
Források: Az OECD 2022-es egészségügyi statisztikái; WHO GISAH.

2020-tól a fiúk is felvehetők a humán papillomavírus elleni immunizációs programba

A magyar nők körében a méhnyakrák a hatodik leggyakoribb rákos megbetegedés (100 000 nőből körülbelül 23 esettel), és a harmadik leggyakoribb a 15–44 éves nők körében (ICO/IARC Információs Központ a HPV-ről és a rákról, 2021). A védőoltással megelőzhető HPV-fertőzés a méhnyakrák egyik elismert oka, és más anogenitális daganatok esetében is releváns tényező lehet. Az önkéntes HPV-immunizáció 2014 óta ingyenes a 13. életévüket betöltött magyar lányok számára, és a szülői felügyeletet gyakorló személy beleegyezésével vehető fel. A 2020/2021-es tanévtől a HPV-immunizációs programot kiterjesztették az ugyanezen életkorú fiúkra is. Abban az évben a jogosult lányok 80%-a, a jogosult fiúknak pedig 66%-a részesült HPV-immunizációban (Kásler, 2022).

A magyar kormány célja az egészségesebb életmód ösztönzése

A 2019–2022-es időszakra szóló nemzeti egészségügyi programok keretében végrehajtott „Három generációval az egészségért” projekt célja a magatartási kockázati tényezők előfordulásának csökkentése. A közel 6 milliárd HUF (16,5 millió EUR) összköltségvetésből a program 2020-ig 143 háziorvosnak és önkormányzatnak nyújtott támogatást az egészséges táplálkozást, a rendszeres testmozgást és a dohányzásról való leszokást ösztönző tevékenységek végzéséhez. Emellett egyedi egészségfejlesztési programok irányulnak a társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű területekre (lásd a 4. szakaszt).

A bizonyítottan egészségügyi kockázatot jelentő élelmiszerek és italok fogyasztása mérséklésének ösztönzésére 2011-ben bevezették a népegészségügyi termékadót. Megállapítást nyert, hogy ez hozzájárult az ilyen termékek árának 29%-os emelkedéséhez és az értékesítés 27%-os csökkenéséhez. Emellett arra ösztönözte a felelős gyártók 40%-át, hogy megváltoztassák termékeik összetételét (Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet, 2019).

4. Korai felismerés

Magyarországon három országos rákszűrési program működik

A korai felismerési szolgáltatások igénybevételének megkönnyítése érdekében a magyar kormány országos lakossági szűréseket (egy adott kockázatnak kitett célcsoport számára ajánlott szűrést) vezetett be a rákos megbetegedések három típusára vonatkozóan. A 2001-ben indított emlőrákszűrési program a 45–65 éves nőkre irányul. A méhnyakrákra vonatkozó program 2003-ban indult, és a 25–65 éves nők alkotják a célcsoportját. 2018-ban az új Nemzeti Rákellenes Programmal (lásd a 2. szakaszt) összhangban az 50–70 évesek körében szűrőprogramot vezettek be a vastagbélrákra vonatkozóan.

A programokra teljes mértékben fedezetet nyújt a kötelező egészségbiztosítás. Az emlő- és méhnyakrákszűrés esetében a célcsoport egyéni meghívót tartalmazó levelet kap, az emlőrákszűrés esetében a levél rögzített vizsgálati időpontokat is megad. A háziorvosok és a szűrőközpontok közötti gyors kommunikációt és információcserét információs rendszer biztosítja. Ez azzal is támogatja a háziorvosok általi beutalást, hogy naprakész információkkal szolgál a szűrésről. A szűrési szolgáltatásokban való részvétel növelése érdekében a háziorvosi indikátorrendszerbe beépítésre került a mammográfia, mely így pénzügyi ösztönzőként szolgál. A szűrési nyilvántartás és a nemzeti nyilvántartások (többek között a Nemzeti Rákregiszter) közötti adatkapcsolatok megkönnyítik a nemzeti korai felismerési programok működését.

A felsőfokú végzettséggel rendelkező nők nagyobb valószínűséggel vesznek igénybe emlőrákszűrési szolgáltatásokat

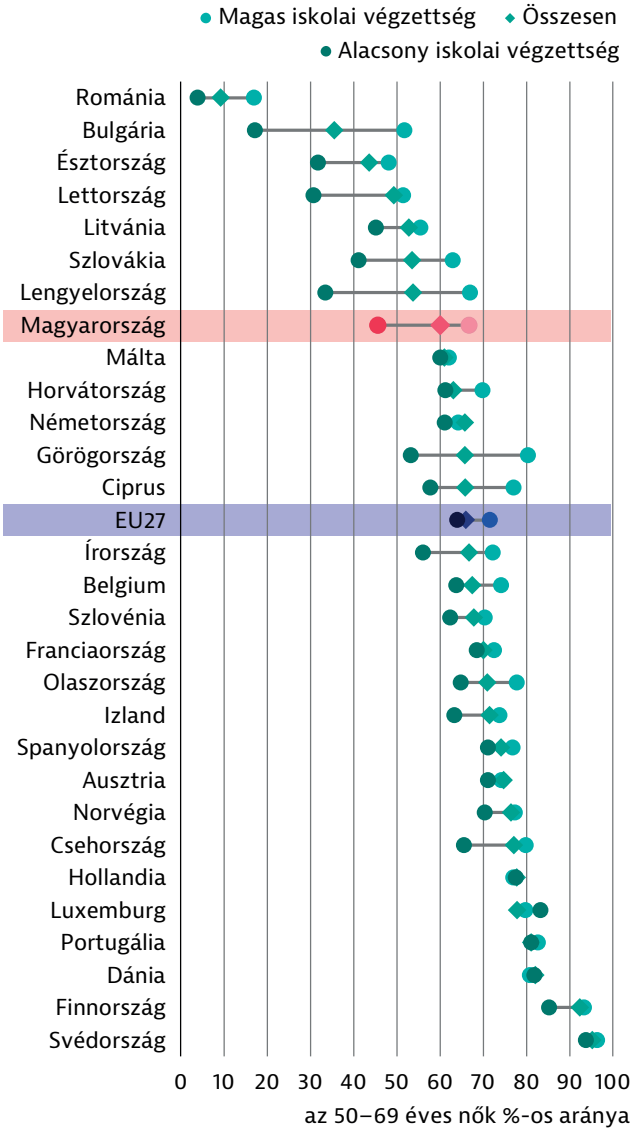
2019-ben az 50 és 69 év közötti magyar nők 60%-a számolt be arról, hogy a felmérést megelőző két évben (ami megfelel az ajánlásoknak) részt vett emlőrákszűrésen, ami alacsonyabb az uniós átlagnál (66%). A nemzeti becslések szerint a nemzeti szűrőprogram célcsoportjába tartozó nők (45–65 év) több mint felénél (62%) végezték el a szűrést. Egy közelmúltbeli jelentés (Központi Statisztikai Hivatal, 2021) szerint ez az arány 2014 óta nem változott lényegesen.

A nem pénzügyi akadályok jelentős hatással lehetnek az emlőrákszűrésben való részvétel arányára, mivel az iskolai végzettség szerinti különbségek nagyok. A felsőfokú végzettséggel rendelkező nők (67%) 50%-kal nagyobb valószínűséggel éltek a szűrés lehetőségével, mint az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők (46%) (7. ábra). A magasabb (71%) és az alacsonyabb (53%) jövedelemmel rendelkező nők körében nem volt ennyire hangsúlyos, de továbbra is jelentős maradt a különbség.

Magyarországon nőtt a méhnyakrák szűrési aránya, míg az uniós átlag csökkent

2019-ben Magyarországon a méhnyakrákszűrésben való általános részvétel 63%-os volt, ami meghaladta az uniós átlagot (60%). Ez annak eredményeként alakult így, hogy az uniós átlag 61%-ról lecsökkent, Magyarországon pedig 2014 óta enyhén nőtt az arány (59%-ról). Itt is az általános részvételi arány iskolai végzettségi szintek szerinti bontása mutat rá a legmarkánsabb egyenlőtlenségekre. 2014-ben több mint kétszerese volt a valószínűsége annak, hogy a nők citológiai vizsgálaton vettek részt az előző három évben, ha felsőfokú végzettséggel rendelkeztek (77%), mint ha alacsonyabbal (36%). Ez az egyenlőtlenség fennmaradt, bár a különbség 2014 és 2019 között kismértékben csökkent (8. ábra).

7. ábra A felsőfokú végzettséggel rendelkező nők 50%-kal nagyobb valószínűséggel vesznek részt emlőrákszűrésen



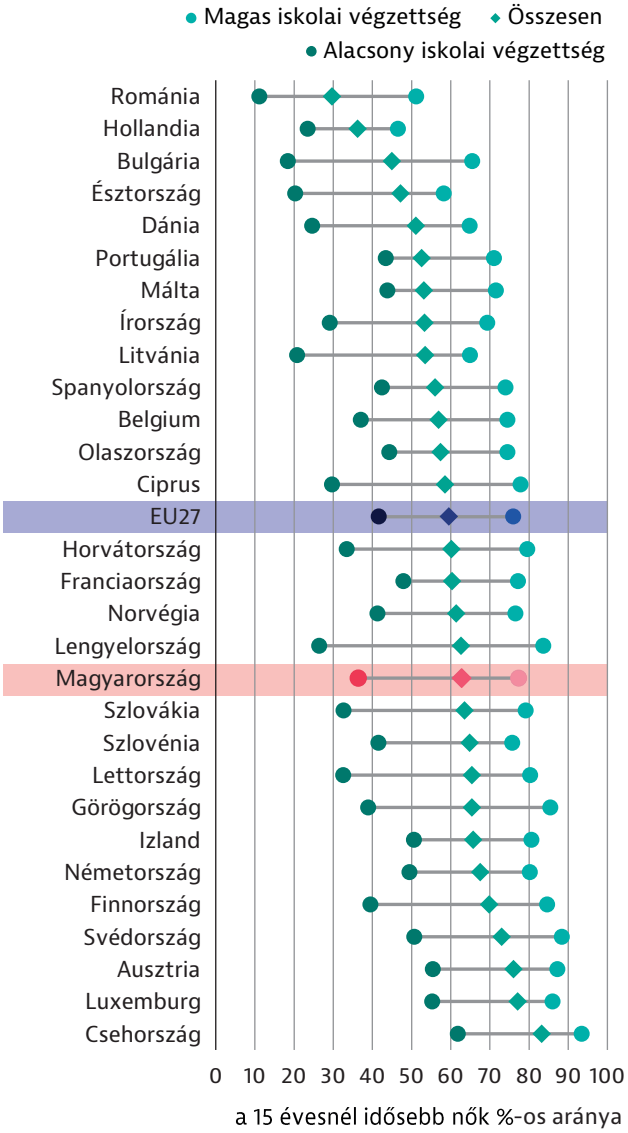
Megjegyzés: Az uniós átlag súlyozott (a számítást az Eurostat végezte el). Az ábra az 50 és 69 év közötti azon nők százalékos arányát mutatja, akik arról számoltak be, hogy az elmúlt két évben mammográfiai vizsgálaton vettek részt.
Forrás: Az Eurostat adatbázisa (EHIS). Az adatok 2019-re vonatkoznak.

A méhnyakrákszűrésben azonban továbbra is jelentősek az egyenlőtlenségek a jövedelmi kvantilisek szerint. A méhnyakrákszűrésben való közelmúltbeli részvételről az alacsonyabb jövedelműeknek csak 55%-a, a magasabb jövedelműek 78%-a számolt be.

A magyarok a vastagbélrák-szűrési szolgáltatásokat az uniós átlagnál sokkal kisebb mértékben veszik igénybe

2019-ben a felmérési adatok szerint az 50–74 éves népesség körében a megelőző két évben 15%-os részvételi arány volt tapasztalható a vastagbélrákszűrésben, ami jelentősen alacsonyabb az uniós átlagnál (33%). Ez a jelentős különbség az életkor, a nem, az iskolázottság és a jövedelem szerint is

8. ábra A méhnyakrákszűrés aránya Magyarországon magasabb, mint a legtöbb más uniós országban



Megjegyzés: Az uniós átlag súlyozott (a számítást az Eurostat végezte el). Az ábra azon 15 éves és idősebb nők százalékos arányát mutatja, akik arról számoltak be, hogy az elmúlt három évben citológiai vizsgálaton vettek részt.
Forrás: Az Eurostat adatbázisa (EHIS). Az adatok 2019-re vonatkoznak.

állandó. Az uniós átlagtendenciákhoz igazodva a felsőfokú végzettséggel (20%) és magasabb jövedelemmel (20%) rendelkező magyarok valamivel nagyobb valószínűséggel vettek részt szűrésen, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűek (9%) és jövedelműek (12%).

Az egészségműveltség előmozdítása az egyenlőtlenségek kezelésére irányuló kormányzati erőfeszítések középpontjában áll

2014-ben a kormány a Nemzeti Népegészségügyi Központ alá tartozó egészségfejlesztési irodák hálózatát hozta létre a megelőzési és az egészségfejlesztési erőfeszítések koordinálása érdekében (Egészségvonal, 2021). A 113 működő iroda mintegy kétharmada társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű közösségekben található. Az Országos Onkológiai Intézet iránymutatásai alapján a Nemzeti Népegészségügyi Központ a helyi hatóságokkal együttműködve mobil egységek alkalmazásával esetenként opportunista szűrési tevékenységeket szervez, egészségfejlesztő tevékenységekkel kombinálva. „Az egészség házhoz jön" kezdeményezés ingyenes szűrési szolgáltatásokat kínál az otthonok közelében, ami a Nemzeti Rákellenes Program 2019–2022-es időszakának egyik prioritása.

A tüdőrákra vonatkozó szűrőprogram végrehajtására irányuló vizsgálatok folyamatban vannak

Az EU-ban Magyarországon a legmagasabb a tüdőrákkal összefüggő mortalitás (lásd a 2. szakaszt), ezért a Nemzeti Rákellenes Program célja, hogy tüdőrákszűrési programot vezessen be a veszélyeztetett csoportok számára. 2021-ben az ország 10 onkológiai osztályának részvételével lezárult az alacsony dózisú CT- vizsgálatot alkalmazó implementációs vizsgálat. E program keretében az 50 éves vagy annál idősebb, erős vagy korábban erős dohányosok kaptak lehetőséget arra, hogy ingyenesen vegyenek részt a szűrésben.

5. A rákellátás teljesítménye

5.1. Hozzáférhetőség

Magyarországon jelentősen javult az új diagnosztikai és kezelési eljárásokhoz való hozzáférés

A 2018–2022-es kormányzati ciklusban prioritásként kezelték a rákellátás javítását. A Nemzeti Rákellenes Program keretében számos kezdeményezést hajtottak végre, nevezetesen forrásokat különítettek el az új diagnosztikai és kezelési eljárások szélesebb körű alkalmazására. Ezek közé tartoznak a molekuláris patológiai vizsgálatok, a modern sugárterápiás eljárások (például brachyterápia) és a robotsebészet. Magyarországon ezek az eljárások az elmúlt években váltak elérhetővé az államilag finanszírozott egészségügyi ellátásban. Így az országban nincsenek olyan onkológiai vizsgálatok vagy terápiák, amelyek kizárólag magánszolgáltatóknál érhetők el.

Az új gyógyszeres kezelések engedélyezése és támogatása gyorsabb, mint a berendezéseket igénylő eljárásoké

Az európai hatóságok által már engedélyezett gyógyszeres kezeléseket Magyarországon általában 3–6 hónapon belül engedélyezik. Ez részben a gyártók jóváhagyási folyamat felgyorsítása érdekében végzett lobbitevékenységének köszönhető. Ezzel szemben az új, magas költségű berendezéseket igénylő eljárások esetében a rendszerbe való beépítés folyamata lassabb. A szolgáltatók korábban korlátozott közfinanszírozásban részesültek a szükséges berendezések beszerzéséhez, karbantartásához és esetleges felújításához. A közelmúltban azonban további közfinanszírozást bocsátottak rendelkezésre erre a célra: több megyei szintű központ kapott támogatást a 10 évesnél régebbi sugárterápiás berendezések lecserélésére. Emellett létrehoztak egy új sugárterápiás központot, az országban a tizennegyediket.

Az engedélyezést követően az új gyógyszereket, orvostechnikai eszközöket és egyéb megelőző orvosi eljárásokat egészségügyi technológiaértékelésnek kell alávetni, amely magában foglalja a klinikai hatékonyságra és biztonságosságra vonatkozó bizonyítékok értékelését, valamint a költséghatékonyság és a költségvetési hatás elemzését. Az értékelést az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet végzi, ehhez a szolgáltatók és szakértők is nyújtanak adatokat.

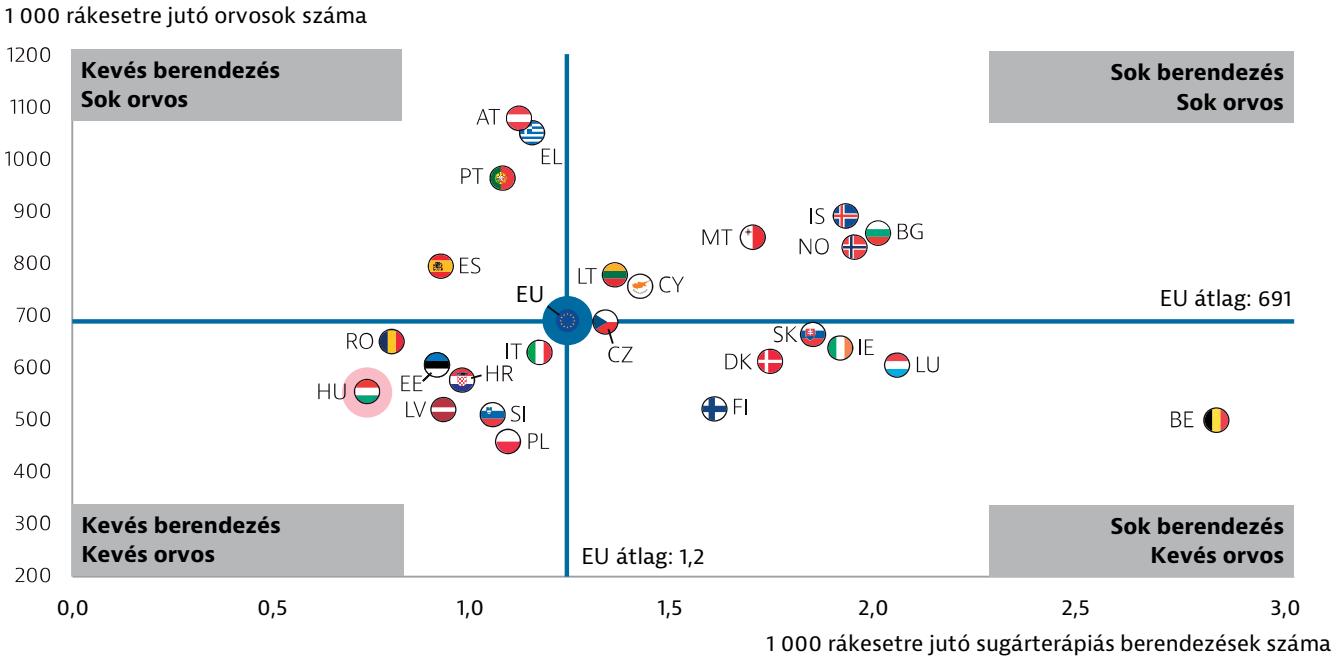
Az orvosi képalkotó eljárások tekintetében maximális várakozási időket alkalmaznak

2015-ben hatályba lépett egy jogszabály, amely előírja, hogy minden rákgyanús beteg esetén a beutalást követő 14 napon belül el kell végezni CT- vagy mágneses rezonanciás képalkotó (MRI) vizsgálatot. Az orvosi képalkotó eljárásokra vonatkozó maximális várakozási idő bevezetése nagyon fontos intézkedés volt a rákellátáshoz való időben történő hozzáférés javítása szempontjából. A törvény azonban nem írja elő, hogy ez idő alatt a vizsgálatot ki is kell értékelni: ez további 4–10 napot vehet igénybe. A Nemzeti Rákellenes Program további lépéseket tartalmaz az időszerűség javítására, elsősorban azzal a céllal, hogy feloldja az egyes központokban a laboratóriumi és orvosi képalkotó eljárásokra vonatkozó finanszírozási korlátokat.

A humánerőforrás-hiány a rákellátás fő problémája, különösen a vidéki területeken

A regionális és megyei központokban hiány mutatkozik az onkológus szakorvosokból. Csak az Országos Onkológiai Intézet rendelkezik elegendő számú, a szükséges képesítéssel rendelkező onkológussal, sugárterapeutával, radiológussal és rezidenssel. Emellett a rákellátást biztosító szakemberek motivációjának érzékelt csökkenése tovább súlyosbítja az e hiány által előidézett kihívásokat. Összességében Magyarország kevesebb sugárterápiás berendezésről (1000 rákos esetre 0,7,

9. ábra Magyarország kevesebb orvossal és sugárterápiás berendezéssel rendelkezett, mint más uniós országok



Megjegyzés: Az EU átlaga súlyozatlan (a számítást az OECD végezte el). Kórházak és járóbeteg-szakellátást nyújtók sugárterápiás berendezései. Az adatok az orvosokra vonatkoznak (és nem terjednek ki az ápolást és gondozást nyújtó szakemberekre). A magyarországi adatok 2017-re vonatkoznak.
Forrás: Eurostat és az OECD egészségügyi adatbázisa (az adatok 2020-ra vagy a legközelebbi rendelkezésre álló évre vonatkoznak).

szemben az 1,2-es uniós átlaggal) és alacsonyabb orvossűrűségről (547/1000 rákos eset, szemben a 691-es uniós átlaggal) számolt be, mint más uniós országok (9. ábra).

2020-ban a kormány megreformálta az orvosok foglalkoztatási viszonyát (Gaál et al., 2021). Bár ez a jogszabály jelentős béremelést írt elő, és bűncselekménnyé nyilvánította a hálapénzt, nem állapított meg minimumkövetelményeket a teljesítményre vagy az ellátás minőségére vonatkozóan. Ez potenciálisan csökkenti a teljesítményt, bár ennek onkológiai ellátásra gyakorolt hatása további kutatást igényel.

Az onkológiai központok humánerőforrás-hiánya miatt az onkológiai betegek utókövetése a körzeti járóbeteg-ellátás onkológiai egységeihez és a háziorvosokhoz került át. Ezeknek a szakembereknek azonban számos kihívással is szembe kell nézniük: az emberi erőforrások még markánsabb hiányát súlyosbítja a munkaerő elöregedése. Emellett az egészségügyi rendszer e szegmenseiben dolgozó magyar szakemberek kevésbé képzettek az onkológia területén. Ezek a problémák hangsúlyosabbak a vidéki területeken, különösen a legkevésbé fejlett kistérségekben.

Magyarországon meg kell erősíteni a palliatív ellátást

A hospice-ellátásra szoruló magyar betegeknek csak egyharmada részesül ilyen ellátásban, ráadásul csak rövid ideig (átlagosan kevesebb mint egy hónapig). Ez részben az alacsony ágykapacitásnak tudható be, részben pedig olyan korlátozó szabályozásoknak, amelyek nem teszik lehetővé a betegek aktív onkológiai kezelésének és hospice-ellátásának egyidejű finanszírozását.

A palliatív ellátás bővítése terén további kihívást jelent a lakosság tudatosságának növelése, mivel ilyen irányú ismereteik továbbra is viszonylag korlátozottak. Bár a betegutak jól meghatározottak, a betegek – és néha az onkológusok és a háziorvosok– nem ismerik alaposan a beutalási és a foglalási rendszer működését. Ez a probléma különösen releváns az otthoni hospice-ellátás esetében, és súlyosabb Magyarország legkevésbé fejlett régióiban. Bár a Nemzeti Rákellenes Program tartalmaz terveket az onkorehabilitációs ellátás járóbeteg- és fekvőbeteg-kapacitásának fejlesztésére, ezek jelenleg nem élveznek prioritást.

5.2. Minőség

A magyarországi rákellátási rendszer regionálisan központosított

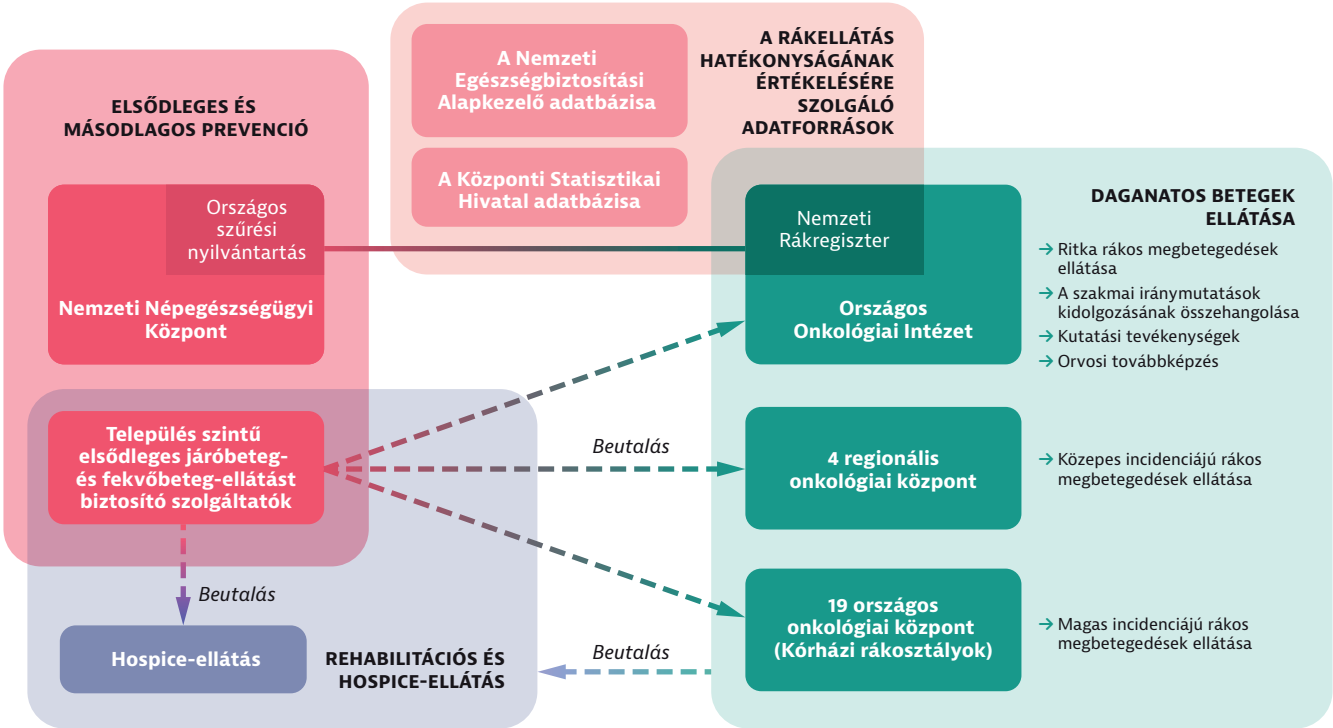
Magyarországon a rákellátás a megyei, regionális és országos központokban összpontosul (10. ábra). Mind a 19 megyében vannak olyan megyei központok, amelyek feladata a magas incidenciájú rákos megbetegedések ellátása. Ezek a központok multidiszciplináris szemléletben működnek, 14 pedig egyben sugárterápiás központ is. A közepes incidenciájú rákos megbetegedések esetében a négy regionális központban multidiszciplináris csoportok nyújtanak átfogó ellátást. A ritka rákos megbetegedéseket a budapesti Országos Onkológiai Intézetben kezelik. Az intézet feladatai közé tartozik a kutatás, az orvosi továbbképzés biztosítása és a szakmai irányelvek kidolgozásának összehangolása is. Az intézet működteti a Nemzeti Rákregisztert is.

A közelmúltban elérhetővé vált eljárások (lásd az 5.1. szakaszt) szintén ezekhez az ellátási szintekhez kapcsolódnak. A molekuláris patológiai szolgáltatások az Országos Onkológiai Intézetben és a négy regionális központban állnak rendelkezésre. A brachyterápiát a megyei onkológiai központok biztosítják, míg a robotsebészet az Országos Onkológiai Intézetben érhető el. Elsődlegesen a települési szintű járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátást biztosító szolgáltatók felelősek azért, hogy a betegeket a megfelelő központba utalják. Az ezen a szinten működő szolgáltatók hozzájárulnak az elsődleges megelőzés és a korai felismerés tevékenységeihez is, a Nemzeti Népegészségügyi Központ irányítása alatt. Felelősségi körükbe tartozik a rákbetegek rehabilitációs és palliatív ellátást nyújtó szolgáltatókhoz történő beutalása is. Az intézeti és az otthoni hospice-ellátás külön szolgáltatók végzik, és mind a háziorvosok, mind az onkológusok utalhatnak betegeket a hospice-ellátásba.

A Nemzeti Rákellenes Program nagyobb központosítást irányoz elő a hatékonyság javítása érdekében

A Nemzeti Rákellenes Program szerint folytatni kell a központosítást. A következő szakasz az ellátás szervspecifikus besorolása lenne, amely az ország már meghatározott régióin belül az egyes ráktípusok esetében kezelt esetek éves számán alapulna. Ezek az erőfeszítések tehát nem helyettesítenék, hanem kiegészítenék a regionális központosítást. A cél annak biztosítása, hogy a rák egyes típusainak ellátását a régióban az adott ellátásban legtapasztaltabb szakemberekkel rendelkező szolgáltatók kínálják.

10. ábra A magyarországi rákellátás regionálisan központosított



Forrás: Szerzők.

A klinikai vizsgálatok szervezése és az azokhoz való hozzáférés a gyógyszercégek vezette-vizsgálatok jelenlététől függ

Az új rákgyógyszerek klinikai vizsgálatait általában nem a hazai egészségügyi szolgáltatók kezdeményezik. Bevett gyakorlat azonban, hogy a nemzeti és regionális központokban kezelt magyar betegek számára lehetőséget biztosítanak arra, hogy részt vegyenek az országban kezdeményezett, rendelkezésre álló nagyszabású vizsgálatokban.

Egy átfogó rákközpont létrehozása kulcsfontosságú lépés volt az ellátás minőségének mérésében

Az Országos Onkológiai Intézet 2013-ban először teljesítette az Európai Rákintézetek Szervezetének valamennyi szükséges minőségi előírását, és átfogó rákközponttá vált. Eddig ez az egyetlen ilyen intézmény a közép-kelet-európai régióban. A rákellátás minőségének mérésére irányuló erőfeszítések azonban nemzeti szinten nem voltak következetesek, és még mindig korlátozottak. Például egy szisztematikus klinikai auditrendszer bevezetése még várat magára. Emellett gyerekcipőben jár a kimenetekkel és a rákbetegek ellátást érintő tapasztalataival kapcsolatos teljesítmények mérése is.

Eközben bizonyos minőség-ellenőrzések történnek, mert a legdrágább betegségek diagnosztikai és kezelési algoritmusait jogszabályba foglalt finanszírozási protokollként határoznak meg. Ez azt jelenti, hogy az egészségbiztosító ellenőrizheti, hogy az ellátást a finanszírozási protokolloknak megfelelően nyújtották-e, és megvonhatja a finanszírozást, ha eltérésekre derül fény.

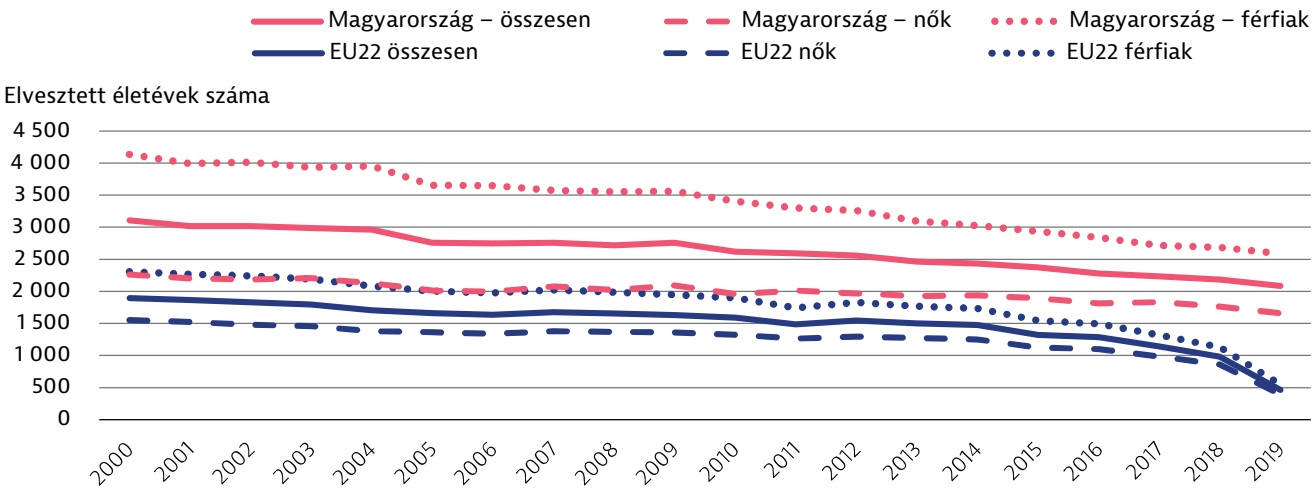
A magyarok rákos megbetegedések miatt elvesztett életéveinek száma azt sugallja, hogy javítani kell a minőséget

A rák miatt elvesztett életévek száma Magyarországon 2000 óta csökkenő tendenciát mutat, csakúgy, mint más uniós országokban. 2017-ben azonban Magyarországon az elvesztett életévek aránya (2235, 100 000 75 évesnél nem idősebb lakosra vetítve) közel kétszer akkora volt, mint az uniós átlag (1139/100 000) (11. ábra). A tüdő- és a vastagbélrák esetében az elvesztett életévek aránya több mint kétszerese volt az uniós átlagoknak, ami nem magyarázható pusztán az incidencia különbségeivel (lásd a 2. szakaszt). A magyarázó tényezők közé tartozhat a korábbi életkorban való megjelenés, a későbbi stádiumokban történő diagnosztizálás, a kevésbé hatékony kezelés vagy az adatgyűjtés és -nyilvántartás más országokhoz viszonyított különbsége.

Az új finanszírozás célja az adatok felhasználása a rákellátás minőségmérésének javítása érdekében

Az ellátás minőségének mérésére irányuló korlátozott erőfeszítések következtében kevés mutató áll rendelkezésre a magyarországi rákellátás teljesítményére vonatkozóan. Az ország azonban számos olyan adatbázissal rendelkezik, amelyek értékes forrásai lehetnek az ilyen méréseknek. A Központi Statisztikai Hivatal adatokat gyűjt

11. ábra A folyamatos csökkenés ellenére a potenciálisan elvesztett életévek száma meghaladja az uniós átlagokat



Forrás: Az OECD 2022-es egészségügyi statisztikái.

a populáció morbiditásáról és mortalitásáról; a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatokat kap az egészségügyi ellátásról, beleértve a klinikai beavatkozások időpontját, helyét, ellátási szintjét, típusát és indokait; a Nemzeti Rákregiszter pedig az újonnan diagnosztizált rákbetegek nyilvántartására, utánkövetésre és az ellátás nyomon követésére összpontosít.

Ezek az adatbázisok a betegek szintjén összekapcsolhatók, ami kivételes lehetőséget kínál a rákellátás minőségi mutatóinak kinyerésére. Az akadály a pénzügyi és emberi erőforrások hiánya volt. Az elmúlt években azonban első alkalommal külön költségvetést irányoztak elő arra, hogy a szükséges erőforrásokat biztosítsák e lehetőség kiaknázására.

A legutóbbi ötéves túlélési rátára vonatkozó adatok jelentős hiányt pótolnak az ellátás minőségi mutatóinak szűkös körében

A Nemzeti Rákregiszter 2000 óta gyűjti a rákkal kapcsolatos adatokat. Számos változó – többek között nem, korcsoport, diagnózis, stádium és régió – alapján fogadja, validálja és összesíti a magyar kórházak által jelentett rákos megbetegedéseket. További források segítik majd elő minőségi mutatók kidolgozását. Jelenleg olyan adatokat generálnak, mint például az ötéves túlélési ráta ráktípusonként a 2011 és 2015 között rákkal diagnosztizált betegek esetében. Annak érdekében, hogy több mutató álljon rendelkezésre az ellátás minőségére vonatkozóan, a regiszter azt tervezi, hogy a diagnózis során megállapított rákstádiumonként is elemzéseket végez a vonatkozó adatok validálását követően.

Ezen elemzések első publikált eredményei a kiválasztott rákos megbetegedések 2011–2015-ös magyarországi túlélési tendenciáit hasonlították össze a 2001–2005-ös időszak túlélési tendenciáival. Az eredmények azt mutatják, hogy a két időszak között javult a vastagbélrák, az emlőrák és a prosztatarák túlélése, a méhnyakrák nem változott jelentősen, míg a tüdőrák túlélése kismértékben csökkent. Az eredmények azt is kiemelik, hogy a túlélés a későbbi időszakban szinte minden vizsgált korai stádiumú daganattípus esetében javult, míg az előrehaladott stádiumban nem számoltak be javulásról (Kenessey et al., 2022).

Annak érdekében, hogy Magyarországon rendszeres klinikai auditokat lehessen végezni, tervben van egy szakértői értékelési rendszer szakfelügyelet általi működtetése. Ezen adatelemzések és klinikai auditok eredményei szilárd alapot biztosíthatnak a rákellátás szakmai és szervezeti fejlesztését célzó szakpolitikák kialakításához. E minőségügyi kezdeményezések nem korlátozódnak az onkológiai tevékenységekre: minden egyes orvosi területre vonatkozóan kidolgozás alatt állnak mutatók, amelyek a klinikai auditok alapját képezik majd. Az új értékelési rendszer tesztelése és végrehajtása az elkövetkező években várható.

5.3. Költségek és ár-érték arány

A rákellátást a társadalombiztosítás finanszírozza valamennyi biztosított számára

Magyarországon a rákellátás minden eleme – a szűréstől a palliatív ellátásig – elérhető közfinanszírozásból valamennyi biztosított számára. Egy egyedi méltányossági eljárás olyan új beavatkozásokhoz is hozzáférést biztosít, amelyeket még nem építettek be a közfinanszírozási rendszerbe; ezekben az esetekben a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő 30 napon belül értékeli a kérelmeket. Ezen alap éves költségkorláttal bír, emiatt a támogatáshoz való hozzáférés az év elején biztosabb. A legdrágább és a csak külföldön igénybe vehető kezelések (például protonterápia) esetében az engedélyezés az Onkológiai Szakmai Kollégium jóváhagyásától függ.

A széleskörű fedezet és a rákgyógyszerek finanszírozása közelmúltbeli bővülésének köszönhetően az igénybe vevő általi közvetlen kifizetések nem elterjedtek a rákellátásban. Előfordulhat azonban, hogy a betegeknek olyan gyógyszereket kell vásárolniuk, amelyek a betegség vagy a kezelések tüneti terápiáját szolgálják.

A rákellenes gyógyszerek a rákellátásra fordított egészségügyi kiadások közel kétharmadát teszik ki

Magyarországon a rák összes költségét 2018-ban 1372 millió EUR-ra becsülték. Az egy főre jutó költség (a vásárlóerő különbségeivel korrigálva) 226 EUR volt, ami az uniós átlag 69%-a (326 EUR). A teljes összeg közel fele (618 millió EUR) a rákellátásra fordított kiadás volt, a rákgyógyszerekkel kapcsolatos kiadások pedig ennek közel kétharmadát tették ki, ami az uniós átlag kétszerese (12. ábra). Az összes költség a rákellátásra fordított közvetlen kiadások mellett magában foglalja az informális költségeket és a közvetett költségeket (termelékenység csökkenése). Míg az előbbi megegyezik az uniós átlaggal, a korai halálozás miatti termelékenységcsökkenés jelentősen meghaladja azt.

Az engedélyezési eljárások, a pénzügyi protokollok és a további központosítás kulcsfontosságúak a költségoptimalizáláshoz

Az engedélyezési eljárások célja annak biztosítása, hogy a nemzeti rákellátási rendszer csak bizonyítékokon alapuló és költséghatékony kezeléseket tartalmazzon. Emellett a jogszabályban előírt finanszírozási protokollokat (lásd az 5.2. szakaszt) úgy alakították ki, hogy a költségeket határok közt tartsák azáltal, hogy a finanszírozást attól teszik függővé, hogy a szolgáltatók követik-e az előírt diagnosztikai és kezelési protokollokat.

A rákellátás regionális központosítása az erőforrások megfelelő elosztása révén hozzájárul a költségek mérsékléséhez azáltal, hogy az összetett és ritka eljárásokat a regionális és nemzeti központokba összpontosítja. Ez a helyzet a közelmúltban bevezetett új eljárások, például a molekuláris patológiai vizsgálatok és a robotsebészet esetében is.

Ezen túlmenően a várakozások szerint a tervezett szervspecifikus központosítás nemcsak a minőséget javítaná, hanem az ár-érték arány elve alapján fedezné a rákkezelés költségeit is.

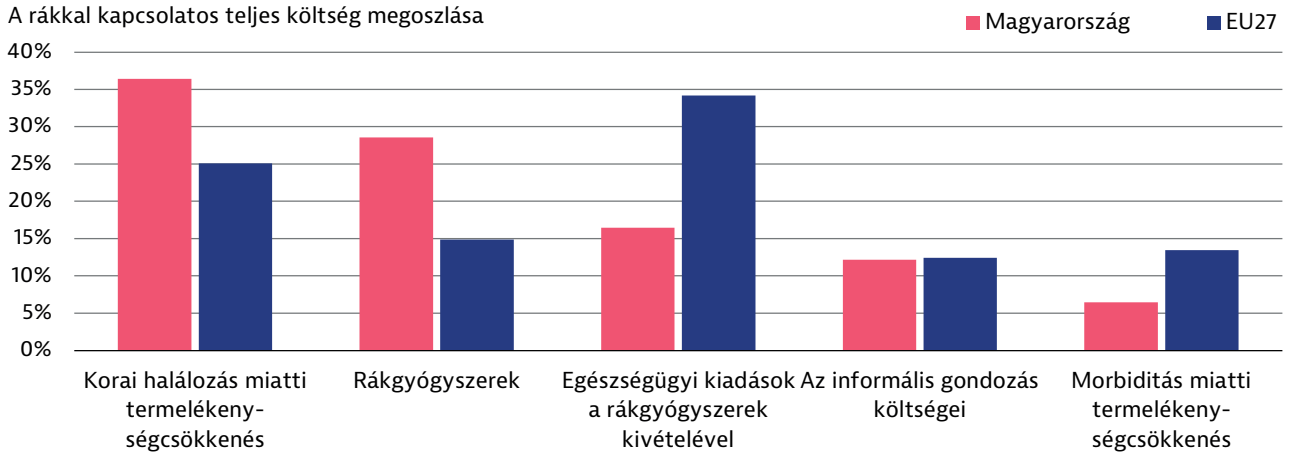
5.4. Covid-19 és rák: reziliencia építése

Az erőforrások újraelosztása hozzájárult a kezelt rákbetegek számának csökkenéséhez

A Nemzeti Rákregiszter előzetes adatai szerint 2019 és 2020 között a magyar onkológiai hálózatban kezelt rákbetegek teljes száma 25,1%-kal csökkent. Ez a csökkenés az aktuálisan kezelt betegek és az utókövetéssel kapcsolatos konzultációk számát együttesen tükrözi.

A rákbetegségek regisztrált incidencia-csökkenése részben magyarázza a kezelt rákbetegek számának csökkenését. Az előzetes eredmények azt mutatják, hogy a nyilvántartott incidencia 2019-hez képest 2020-ban mintegy 10%-kal, 2021-ben pedig 11%-kal csökkent. Egy közelmúltbeli tanulmány, amely a Covid-19 során a három leggyakoribb rákos megbetegedés (a tüdő-, az emlő- és a vastagbélrák) esetén a betegszámban és kezelési alkalmak számában bekövetkezett változásokat vizsgálta, a világjárvány kezdetén 10–20%-os csökkenést állapított meg a betegek száma tekintetében. Megállapította továbbá a kezelési alkalmak

12. ábra Magyarországon jelentősek a rákgyógyszerek költségei és a termelékenység csökkenésével összefüggő költségek



Megjegyzés: Az EU-27 átlaga súlyozatlan (a számítást az OECD végezte el). Az árkülönbségek tekintetében nem alkalmaztak kiigazítást. A rákgyógyszerekkel kapcsolatos kiadások nem tartalmazzák a bizalmas árengedményeket.
Forrás: Hofmarcher et al. (2020).

számának csökkenését is mindezen ráktípusok esetében beleértve a műtétet, a sugárterápiát és a kemoterápiát (bár a csökkenés nagyságrendje típusonként eltért) (Mayer et al., 2022).

E csökkenés lehetséges okaiként a betegek fertőződéstől való félelmét és az ellátáshoz való korlátozott hozzáférés vélelmét, valamint a hosszabb vizsgálati időt és a korlátozott kapacitásokat említették. A világjárvány miatt az általában a rákellátásra szánt forrásokat átcsoportosították a Covid-19 fertőzéssel diagnosztizált személyek ellátására. Az országban működő onkológiai központokban a kórházi ágyak átlagosan 20–30%-át és a rezidensek felét rendelték át a Covid-19 fertőzéssel diagnosztizált betegek gondozására. Eközben a budapesti Országos Onkológiai Intézet mentesült a legtöbb átcsoportosítási kötelezettség és a kapcsolódó korlátozások alól. Így a világjárvány alatt a betegek számának csökkenése nélkül folytathatta működését.

A rák incidenciához hasonlóan a rákkal összefüggő mortalitás is csökkent, a becslések szerint 4%-kal (körülbelül 400–500 haláleset). Ez részben azzal magyarázható, hogy Magyarországon a Covid-19 fertőzést határozták meg a halál okaként, ha az elhunyt tesztje a halál időpontjában pozitív eredményt mutatott a fertőzés tekintetében. Így például azokat a rákkezelésben részesülő betegeket, akik a kórházban Covid-19 vírussal fertőződtek majd haltak meg, automatikusan az utóbbi betegség áldozataihoz számították.

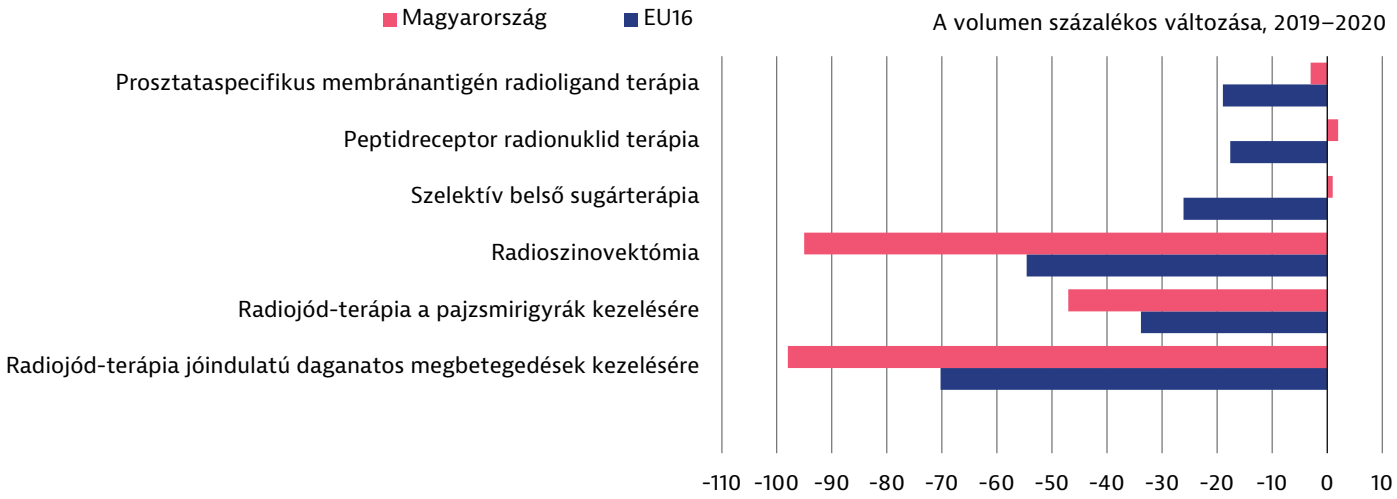
A Covid-19 átmenetileg megszakította a nemzeti szűrési programokat

A korai felismerést szolgáló tevékenységeket kétszer állították le: a világjárvány első hullámában, 2020. március–júniusban (2,5 hónap) és a harmadik hullámban rövidebb időszakra (2021. április 9–29.). A Covid-19 világjárvány 2020 második negyedévében a mammográfiai vizsgálatok számának 68%-os, 2020 szeptemberétől 2021 augusztusáig pedig 20–35%-os csökkenéséhez vezetett (Elek et al., 2021). A tanulmány azt is megállapította, hogy 2020 második negyedéve és 2021 második negyedéve között az emlőrák újonnan diagnosztizált esetei és az emlőeltávolító műtétek 15–30%-kal elmaradtak a szokásos szinttől.

A korai felismerést szolgáló tevékenységek világjárvány okozta visszaesésének leküzdése és a részvétel növelése érdekében új kommunikációs kezdeményezéseket terveznek, amelyekben számos szereplő, köztük a betegszervezetek és a média is részt vesz.

Az ideiglenes felfüggesztések nem egységesen vonatkoztak a rákos betegeknek nyújtott valamennyi diagnosztikai eljárására és kezelésre (Elek et al., 2022). Míg egyes nem alapvető sebészeti beavatkozásokat, például a fibroadenóma-műtéteket a világjárvány miatt elhalasztottak, a különböző beavatkozások volumenének csökkenése nem volt egységes 2020-ban. Amint az a 13. ábrán látható, a kiválasztott uniós országok átlagával ellentétben a radionuklid terápiák és a szelektív belső sugárkezelések tekintetében nem rögzítettek csökkenést 2019-hez képest.

13. ábra A radionuklid terápiákat nem függesztették fel a Covid-19 világjárvány idején



Megjegyzés: Egyes esetekben az országok nem nyújtottak be az adott terápiára vonatkozó adatokat. Ilyen esetekben a terápiát valószínűleg nem alkalmazták. A súlyozatlan EU16 átlagot az OECD számította ki.

Forrás: Freudenberg et al. (2020).

6. Reflektorfényben az egyenlőtlenségek

A magyar egészségügyi rendszerben a rákellátás valamennyi eleme – a szűréstől a palliatív ellátásig – általában közfinanszírozás révén elérhető. Egyenlőtlenségek azonban továbbra is fennállnak, különösen a kockázati tényezők és a rák korai felismerése tekintetében.

- Tekintettel arra, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében nagyobb arányban vannak jelen a rákhoz vezető kockázati tényezők (például dohányzás vagy veszélyes alkoholfogyasztás), a tumorok kialakulásának kockázata jelentős mértékben összefügg az iskolai végzettséggel. A rákkal összefüggő mortalitás kétszer olyan magas volt az alacsonyabb végzettséggel rendelkező nők, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkező nők körében, és négyszer nagyobb az alacsonyabb végzettséggel rendelkező férfiak, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkező férfiak körében.
- A magatartási kockázati tényezők elterjedtsége a magyar lakosság körében jelentős szerepet játszik abban, hogy az országban regisztrált, rákkal összefüggő mortalitás a legmagasabb az EU-ban. Míg a napi szinten cigarettázók aránya összességében csökkent, az e tekintetben az iskolai végzettség szerint fennálló egyenlőtlenségek továbbra is hangsúlyosak. 2019-ben az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező magyarok körében majdnem háromszoros volt a napi szinten dohányzók aránya a felsőfokú végzettséggel rendelkezőkhöz képest. Ez a dohányzás elterjedtsége terén az iskolai végzettség tekintetében mért legnagyobb különbség az EU-ban.
- Az elhízás és a túlsúly egyre gyakoribbá vált. 2019-re a probléma a magyarok több mint felét érintette. Az elhízás és a túlsúly előfordulásában mutatkozó legjelentősebb különbségek az életkor alapján (a 65 éves vagy annál idősebb magyarok körében 17 százalékponttal magasabb, mint a 15–64 évesek körében) és nemenként (14 százalékponttal magasabb a férfiak, mint a nők körében) figyelhetők meg.
- Az emlőrákra, a méhnyakrákra és a vastagbélrákra vonatkozóan lakossági szűrőprogramokat vezettek be. Úgy tűnik, hogy az iskolai végzettség mind az emlőrák, mind a méhnyakrák szűrési arányának egyik fő meghatározó tényezője. A jelentések szerint az emlőrák esetében 21 százalékponttal, a méhnyakrák esetében pedig 41 százalékponttal magasabb volt a részvétel a felsőfokú végzettségű nők körében az alacsonyabb iskolai végzettségű nőkhöz képest.

Tekintettel arra, hogy Magyarországon a rák jelentette teher a legmagasabbak között van az EU-ban, a rákellátásban elért eredmények javítása prioritást élvezett az elmúlt években: a beruházások az új diagnosztikai és kezelési eljárások széles körű alkalmazására irányultak. Az államilag finanszírozott egészségügyi ellátásban rendelkezésre álló új eljárások javították az ellátáshoz való hozzáférést, mivel nincs olyan onkológiai vizsgálat vagy terápia, amely csak magánszolgáltatóknál érhető el.

Regionális és megyei szinten azonban továbbra is hiány mutatkozik a rákellátási szakemberekből, ehhez a sugárterápiás eszközök alacsony sűrűsége társul, ami együttesen hozzájárul az ellátáshoz való hozzáférés földrajzi egyenlőtlenségeihez. Új kezdeményezések vannak folyamatban az egészségműveltség fejlesztése, a megelőzés erősítése és a korai felismerési szolgáltatások igénybevételének javítása érdekében. Ezek az erőfeszítések kifejezetten a hátrányos helyzetű közösségekre összpontosítanak.

Hivatkozások

Egészségvonal (2021), egészségfejlesztési irodák hálózata: https://egeszsegvonal.gov.hu/maradj-egeszseges/egeszsegfejlesztesi-irodak.html [magyar nyelven]; hozzáférés dátuma: 2022. október 21.

Elek P. et al.: Effects of lower screening activity during the COVID-19 pandemic on breast cancer patient pathways: evidence from the age cut-off of organized screening, Health Policy, 2022, 126(8):763–9.

Freudenberg LS et al.: Global Impact of COVID-19 on Nuclear Medicine Departments: An International Survey in April 2020. Journal of nuclear medicine, 2020, 61(9), 1278–1283.

Gaal P et al.: The 2020 reform of the employment status of Hungarian health workers: Will it eliminate informal payments and separate the public and private sectors from each other? Health Policy, 2021, 125(7):833–40.

Hofmarcher T et al.: The cost of cancer in Europe 2018, European Journal of Cancer, 2020, 129:41–9.

Központi Statisztikai Hivatal: Egészségügyi helyzetkép, 2019, Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 2021, https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/egeszsegugyi_helyzetkep_2019.pdf. [magyar nyelven]

ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (2021): Hungary: human papillomavirus and related cancers, fact sheet 2021, Barcelona, ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer, https://hpvcentre.net/statistics/reports/HUN_FS.pdf.

Jakab Z. et al.: Late mortality in survivors of childhood cancer in Hungary, Scientific Reports, 2020, 10(1):10761.

Joó T. et al.: The impact of anti-smoking policies of the 2010-2014 Hungarian government – a comprehensive evaluation, Tobacco Induced Diseases, 2018, 16(Suppl 1):A440.

Kásler M.: Az onkológia fejlődése töretlen Magyarországon, Medicalonline, 2022, 2022.02.04., http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/kasler__az_onkologia_fejlodese_toretlen_magyarorszagon [magyar nyelven].

Kenessey, I. et al.: Comparison of Cancer Survival Trends in Hungary in the Periods 2001-2005 and 2011-2015 According to a Population-Based Cancer Registry. Pathology oncology research, 2022, 28, 1610668.

Mayer B. et al.: A COVID-19 világjárvány hatása a daganatos betegek ellátására, Népegészségügy, 2022, 99(1):144–53. [magyar nyelven]

Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet: The Hungarian public health product tax, Budapest, Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet, 2019, https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-07/ev_201906201_co012_en_0.pdf

Weber: Hungarian trends and gender differences in the global smoking epidemic. Demográfia, 2019, 62. kötet 5. szám. DOI: https://doi.org/10.21543/DEE.2019.1

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		

European Cancer Inequalities Registry

Rákügyi országprofil 2023

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 között. A Regiszter tartalmaz egy, az Európai Bizottság Közös Kutatóközpontja által kifejlesztett honlapot és egy adatgyűjtő eszközt (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/)

A rákügyi országprofilok a 27 uniós tagállam mindegyike, továbbá Izland és Norvégia tekintetében meghatározzák 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 zéró szennyezés elleni cselekvési terv 1. kiemelt területét is támogatja

A profilokat az OECD készíti az Európai Bizottsággal együttműködésben. A csoport hálás az OECD Egészségügyi Bizottsága és a Rákegyenlőtlenségi Regiszterrel foglalkozó uniós állandó szakértői csoport értékes észrevételeiért valamint a nemzeti szakértőktől kapott információkért.

Minden egyes ország rákprofilja összefoglalja:

- A rák betegségterhét az országban
- A rák kockázati tényezőit, különös tekintettel a viselkedési és környezeti kockázati tényezőkre
- A korai felismerési programokat
- A rákbeteg-ellátás teljesítményét, különös tekintettel a hozzáférhetőségre, az ellátás minőségére, a költségekre és a COVID-19 hatására.

Kérjük, hogy erre a publikációra a következőképpen hivatkozzon:
OECD (2023), *Rákügyi országprofil: Magyarország 2023*, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/39a8899f-hu.

ISBN 9789264899407 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES