



Nemzeti Újjáépítési Program

*„Egészségügyi reformcsomag
2026-2030”*

Szakmai összefoglaló

I. fejezet Helyzetkép

I.1 Miért omlott össze a magyar egészségügy?

A magyar egészségügy 2025-re olyan állapotba került, amelyet nem lehet tovább toldozni-foldozni. A problémák nem egyik területen jelentek meg, hanem **minden alrendszer egyszerre kezdett gyengülni**:

- rossz lakossági egészségi állapot,
- hatalmas szakemberhiány,
- elavult kórházi infrastruktúra,
- összeomló alapellátás,
- zsúfolt sürgősségek,
- lassú diagnosztika,
- átláthatatlan betegutak,
- csúcsra járó mentőszolgálat,
- bizalomvesztés a lakosság részéről.

A magyar beteg ma inkább fél az állami egészségügytől, mint bíz benne. Ez önmagában jelzi: **rendszerszintű összeomlás történt**.

A lakosság sokszor így fogalmaz: „*Ha beteg leszek, gyorsabban kapok időpontot magánban.*”
A szakemberek pedig így: „*Folyamatos a túlterhelés, nincs ember, nincs idő, nincs eszköz.*”

A 2026 utáni ASP-kormány feladata nem egyszerű reform, hanem:

→ **az egészségügyi rendszer teljes újjáépítése 2026-2030 között.**

Ehhez először őszintén fel kell tárni a helyzetet.

I.2 A magyar lakosság egészségi állapota: Európa végén

Magyarország lakossága **rosszabb egészségi állapotban van, mint az EU-s átlag bármilyen mutatója szerint.**

I.2.1 Rövidebb várható élettartam

- A magyar nők 5 évvel,
- A magyar férfiak 7-8 évvel **kevesebbet élnek**, mint a nyugat-európaiak.

Ez nem genetika, ez **rendszerprobléma**.

I.2.2 Kiugró szív-, és érrendszeri halálozás

A világ országai közül Magyarország a legmagasabbak között van:

- szívroham,
- stroke,
- magas vérnyomás,
- elhízás,
- cukorbetegség.

Ha nincs gyors diagnosztika és alapellátás, ezek kezelhetetlenek.

I.2.3 Magas daganatos halálozás

Többen rákbetegségben halnak meg, mert:

- késői felismerés,
- késői diagnózis,
- lassú kezelési lánc.

Ez viszont nem az orvosok hibája, hanem a **rendszer lassú működéséé**.

I.2.4 Regionális különbségek

Az, hogy valaki mennyi ideig él, nagymértékben függ attól, hogy:

- Budapesten,
- megyeszékhelyen,
- kistélepülésen él-e.

Ez társadalmi igazságtalanság.

I.2.5 Mentális egészség romlása

A Covid óta:

- nőtt a szorongás,
- nőtt a depresszió,
- nőtt a függőségek aránya,
- csökkent a pszichológiai ellátás.

I.3 Az egészségügyi dolgozók válsága: kiégés, elvándorlás, túlterheltség

Az egész egészségügyi rendszer **utolsó tartópillére** az orvos, az ápoló, a szakdolgozó, a mentős. De ők vannak a legrosszabb helyzetben.

I.3.1 Tömeges kiégés

A szakdolgozók és orvosok 60-70%-ának:

- krónikus stressz,
- alvászavar,
- túlterheltség,
- depresszió,
- fizikai és mentális kimerülés jelei láthatók.

Ez életveszélyes a betegekre és a dolgozókra is.

I.3.2 Elvándorlás külföldre

10-15 ezer magyar egészségügyi dolgozó dolgozik jelenleg külföldön:

- Ausztriában,
- Németországban,
- Angliában,
- Skandináviában.

Sokan végleg elköltöztek.

I.3.3 Másodállás kényszere

A szakdolgozók jelentős része két-három állásban dolgozik.

Ez okozza:

- a fáradtságot,
- növeli a hibázási kockázatot,
- rossz ellátás
- kiégés felgyorsulása.

I.3.4 Elöregedett szakemberállomány

A háziorvosok több mint fele 55 év feletti. A következő 10 éven belül több ezer praxis üresedhet meg.

I.3.5 A szakdolgozók helyzete a legsúlyosabb

Ők viszik a hátukon a rendszert, mégis ők keresnek a legkevesebbet.

I.4 A magyar kórházak állapota: egy több évtizedes elmaradottság feltárása

A magyar kórházi rendszer olyan fizikai állapotban van, hogy ez önmagában is rontja az ellátás biztonságát. Ez nem politikai, hanem **szakmai tény**.

A magyar kórházak jelentős része:

- 40-60 éves épületben működik,
- rossz gépészettel,
- elavult energetikai rendszerrel,
- komoly higiéniai hiányosságokkal,
- emberhez méltatlan körülményekkel,
- minimális modernizációval.

Egy átlagos magyar beteg nem azt mondja: „*Remélem, jó orvoshoz kerülök.*”

Hanem: „*Csak ne essen szét alattam az ágy, és legyen tisztaság.*”

Ezért a kórházi infrastruktúra állapota az egész rendszer egyik legsúlyosabb eleme.

I.4.1 Fizikai lepusztultság: a kórházi épületek 70%-a nem XXI. századi

Sok kórházban még mindig:

- repedezett fal,
- beázó mennyezet,
- hiányos szellőzés,
- 30-40 éves burkolatok,
- rossz minőségű világítás,
- penészfoltok a vizesblokkban,
- nincs megfelelő klíma-, és levegőkezelő rendszer.

Ez nem csak esztétikai probléma, ez **betegbiztonsági kockázat**.

A rossz infrastruktúra hatása:

- lassabb gyógyulás,
- több fertőzés,
- rosszabb közérzet,
- nagyobb stressz a betegen és a dolgozókon is.

A modern egészségügyi ellátás nem létezik **modern környezet nélkül**.

I.4.2 A műtők állapota: elavult berendezések, veszélyes körülmények

Sok kórházban a műtők:

- szűkek,
- rossz légtechnikával működnek,
- régi műtőasztalokat használnak,
- 10-20 éves altatógépek,
- elavult világítás.

Modern műtők alapfeltételei:

- tiszta légsere,
- steril környezet,
- profi műtőlámpa,
- korszerű eszközök.

Sok helyen ezek nem adóttak.

Következmények:

- hosszabb műtéti idő,
- több komplikáció,
- több fertőzés,
- rosszabb műtéti eredmény.

Az ASP szerint ez **nem elfogadható**, ezért a kórházi felújítás a reform egyik pillére.

I.4.3 Kórtermek: zsúfoltság és komforthiány

Magyarországon a legtöbb kórteremben:

- 3-6 ágy van egy szobában,
- egy mellékhelyiség jut 15-20 betegre,
- nincs megfelelő intimitás,
- nincs modern nővérhívó rendszer,
- nincs frisslevegő-ellátás,
- hiányzik a klíma sok kórteremben,
- sok helyen a bútorok is elavultak.

Ez mit okoz?

- Gyorsabban terjednek a fertőzések,
- a betegek nem érzik magukat biztonságban,
- lassúbb gyógyulás,
- romlik a dolgozók munkakörnyezete.

A modern kórtermek 1-2 ágyasak, Magyarországon többségében 4-6 ágyas. Ez önmagában visszaveti a gyógyulás minőségét.

I.4.4 Higiéniai és fertőzésbiztonsági problémák

A kórházi fertőzések aránya Magyarországon az **EU-ban az egyik legmagasabb**. Nem az orvosok hibája, az infrastruktúráé.

Mi a gond?

- Nincs korszerű légtechnika,
- elavult fertőtlenítő eszközök,
- kevés izolációs szoba,
- elavult csőrendszerek,
- hiányos tisztítószer.

Ez nem csak kényelmi kérdés: → **évente több ezer fertőzés, amely elkerülhető lenne.**

I.4.5 Eszközpark: túlhasznált, túl idős, túl kevés

Sok kórházban:

- az EKG 10-15 éves,
- a defibrillátor régi modell,
- a vizsgálóágyak többsége régi és javított,
- a műszerek többsége régi,
- az ápolási eszközök hiányosak.

Egy modern kórháznak folyamatos eszközfrissítésre van szüksége. Magyarországon nincs ilyen ciklus.

I.4.6 A dolgozók tapasztalata a kórházak állapotáról

A dolgozók morálját jelentősen rontja az, hogy a munkakörnyezet **nem méltó a tudásukhoz**.

Összegzés

A kórházi infrastruktúra állapota önmagában **kritikus pont**. Ha a környezet nem modern:

- nem lesz gyors felgyógyulás,
- nem lesz jó minőségű ellátás,
- a dolgozók kiégnek,
- a fertőzések száma nő,
- a betegek bizalmatlanok maradnak.

Ezért az ASP egészségügyi újjáépítésének egyik legelső intézkedése: → **a teljes kórházi infrastruktúra 14 hónapos ütemezett felújítása**.

I.5 Miért omlott össze a sürgősségi ellátás? (SBO-válság teljes feltárása)

A sürgősségi osztályok (SBO-k) Magyarországon az egész **rendszer fő ütközőpontjai**. Minden hiba, minden hiányosság itt csapódik le először.

A lakosság 70-80%-a akkor találkozik először az állami ellátórendszerrel, amikor:

- hirtelen rosszul lesz,
- baleset éri,
- súlyos fájdalom jelentkezik,
- sürgősen ellátásra szorul.

Ezért az SBO állapota az egész rendszer minőségét meghatározza.

És a helyzet súlyos: → **a magyar sürgősségi ellátás túlterhelt, személyzethiányos, lassú, sokszor életveszélyesen működik**.

Ennek okai rendszerszintűek.

I.5.1 A sürgősségi ellátás túlterheltségének fő okai: mindent oda irányít a rendszer

Az SBO-ra kerülő betegek jelentős része **nem sürgős**, de nem tud máshová menni.

Miért?

1. Háziorvos nincs vagy elérhetetlen

- **túlterheltség,**
- **kevés rendelési idő,**
- **sok helyen nincs helyettesítés.**

2. Szakrendelőkben több hetes/hónapos időpontok

A beteg így gondolkodik: „*Nem várok 2 hónapot, inkább SBO.*”

3. Magánellátás drága

Nem mindenki tudja kifizetni.

4. Hiányzik a betegirányítás

A lakosság nem tudja, hogy hová kell menni, mert a rendszer nem kommunikál.

Ezért: → **minden beteg az SBO-n köt ki, akár kellene, akár nem.**

I.5.2 Munkaerőhiány: a sürgősségi osztályokon a legnagyobb a terhelés, mégis kevés az ember

Az SBO az egészségügy egyik legnehezebb területe:

- folyamatos stressz,
- kiszámíthatatlan betegáramlás,
- ugrásszerű terhelés,
- sürgős döntések,
- élet-halál helyzetek.

Mégis:

- kevés orvos,
- még kevesebb ápoló,
- sok üres állás,
- gyakori fluktuáció.

I.5.3 Lassú diagnosztika: a várakozási idő néha hosszabb, mint maga a kezelés

A sürgősségin a diagnosztika a fő akadály:

MR vagy CT

→ sok helyen nincs 24 órában,
→ sokszor nincs radiológus éjjel,
→ a leletezés lassú.

Ez különösen súlyos:

- stroke,
- fej-, és mellkasi trauma,
- belső vérzés esetén.

Labor

→ sok helyen manuális feldolgozás,
→ kevés személyzet,
→ elavult informatikai rendszer.

Röntgen

- gyakran túlterhelt,
- kevés technikus,
- lassú képátvitel.

Ahány perc várakozás, annnyival romlik a túlélés. Ezért nő a sürgősségi halálozás.

I.5.4 Triázs rendszer gyengesége: mindenhol más szabályok

A sürgősségin a triázs (sürgősségi osztályozás) alapvető:

- meghatározza, kit látnak el előbb,
- ki mennyire sürgős,
- ki kerül azonnal ellátásra.

Magyarországon azonban nincs egységes országos protokoll.

Ezért:

- minden kórház más rendszert használ,
- más színkód, más szabály,
- más dokumentáció.

Ez káoszt okoz, és biztonsági kockázatot jelent.

I.5.5 Folyosón várakozó betegek: a leglátványosabb tünet, de nem ez az ok

A magyar társadalom már megszokta a képet:

- 15-30 beteg a folyosón,
- vizsgáló nélküli ellátás,
- ágy nélküli fekvés,
- órákig, akár 6-12 óráig tartó várakozás.

Ez a rendszer végterméke. Az ok nem az SBO – hanem az egész rendszer hibája:

- nincs háziorvos → mindenki oda megy,
- lassú diagnosztika → torlódás,
- kevés ágy → nincs hova felvenni a beteget,
- kevés szakdolgozó → lassú az ellátás,
- rossz szervezés → káosz.

I.5.6 A sürgősségi dolgozók kiégése és elvándorlása

Az SBO-n dolgozók mondják a legtöbbször:

- „*Folyamatos a stressz.*”,
- „*Nem tudjuk, hányan leszünk ma.*”,

A sürgősségi osztály **nem csak szakmailag nehéz**, hanem:

- pszichésen,
- fizikailag,
- érzelmileg is extrém terhelés.

Ezért hagyják el legtöbben ezt a területet.

I.5.7 Összegzés: a sürgősségi ellátás összeomlása nem az orvosok hibája – a rendszeré

A magyar sürgősségi ellátás a következő okok miatt omlik össze:

- túlterheltség,
- szakemberhiány,
- lassú diagnosztika,
- hibás betegirányítás,
- átláthatatlan triázs,
- infrastruktúra hiánya,
- alapellátási gyengeség.
- Kórházi ágyhiány.

Az SBO az egészségügy tükre. Ha itt káosz van, az egész rendszer rosszul működik.

Az ASP ezt teljesen átalakítja – részletes megoldások majd a reform fejezeteiben jönnek.

I.6 A diagnosztikai rendszer válsága: a teljes ellátás „szűk keresztmetszete”

A modern egészségügy nem az ágyaktól működik jól, hanem a **diagnosztikától**. Minél gyorsabb a kezelés, annál biztonságosabb az ellátás, annál jobb a túlélés.

Magyarországon a diagnosztikai rendszer az egész ellátás **legsúlyosabb gyenge pontja**:

- lassú,
- túlterhelt,
- elavult,
- személyzethiányos,
- regionálisan egyenlőtlen.

A beteg gyakran nem a beteg miatt rosszabbodik, hanem azért, mert **nem jut elég gyorsan diagnózishoz**.

Ez azért tragikus, mert a diagnosztika a modern orvoslás alapja. Ahol ez gyenge, ott **az egész rendszer összeomlik**.

I.6.1 MR és CT: a legnagyobb szűk keresztmetszet

A magyar egészségügyben az egyik legsúlyosabb gond: → **az MR-, és CT-időpontok lassúsága**.

Miért baj ez?

- Stroke esetén minden perc számít,
- daganatoknál a késés életévekbe kerül,
- belső vérzésnél halálos,

- traumánál kockázatos,
- sürgős esetek torlódnak a nem sürgősek miatt.

Mennyi a várakozás?

- CT: sok helyen 2-6 hét,
- MR: átlagosan 6-12 hét,
- vidéki kórházakban: akár 3-4 hónap
- Éjszaka és hétvégi elérhetőség: a kórházak többségében nincs.

Eközben Nyugat-Európában:

- MR: 2-3 nap,
- CT: 1-2 nap,
- sürgős eset: 1-2 óra.

A magyar időpontok a megbízottság szempontjából **kritikusan lassúak**.

I.6.2 Radiológushiány: nincs, aki leletezzen

A diagnosztika sebessége nem csak a gépektől, hanem az emberektől is függ.

Magyarországon kevés a radiológus:

- sok a nyugdíjközeli specialista,
- kevés a fiatal szakember,
- magas a külföldre vándorlás,
- túlterheltek,
- rengeteg a leletezendő vizsgálat.

Ezért van az, hogy:

- CT van → de nincs, aki értékelje,
- MR felvétel készül → de 24 – 72 óra a lelet,
- sürgős eseteknél is késik a diagnózis,
- éjszaka és hétvégén sok helyen nincs leletezés.

Egy radiológus túlterheltsége közvetlen megbízottsági kockázat.

I.6.3 Ultrahang: túlterhelt, időigényes vizsgálat

Az ultrahang lenne az egyik leggyorsabb diagnosztikai eszköz. Magyarországon mégis:

- kevés szakasszisztens,
- kevés orvos, túl sok beteg,
- hosszú várólista.

Ez azért gond, mert sok vizsgálatnál az ultrahang a belépő kapu:

- hasi panaszok,
- nőgyógyászati problémák,
- vesekő,

- prosztata,
- pajzsmirigy,
- érproblémák.

Ha ez lassú → az egész betegút lassú.

I.6.4 Labor: elavult technológia és túl kevés szakdolgozó

A magyar laborok:

- sok helyen manuálisak,
- papír alapú rendszert használnak,
- túl kevés laborszakasszisztens dolgozik,
- kevés az automata gép,
- hosszú a mintakezelési folyamat,
- elavult informatikai rendszerek.

A beteg sokszor így fogalmaz: „*Reggel leadtam a vért, délután se tudják az eredményt.*”
Ez elfogadhatatlan. A modern labor 1-2 órán belül eredményt ad.

I.6.5 Endoszkópia: hónapokig nincs időpont, pedig életet mentene

A gyomor-, és vastagbéltükrözés életmentő vizsgálat. Magyarországon:

- sok helyen 2-4 hónap a várakozás,
- kevés endoszkópos nővér és orvos,
- elavult eszközpark,
- kevés endoszkópos labor működik.

Következmény: → **sok daganat későn kerül felismerésre.**
Ez tragédia – pedig megelőzhető.

I.6.6 A műszerpark elavultsága

Az MR-ek, CT-k, ultrahabgok, endoszkópok nagy része:

- idős,
- többször javított,
- energiazabáló,
- cserére szorul.

Ezt rontja:

- a képminőséget,
- a diagnózis pontosságát,
- a vizsgálati időt,
- a gépek megbízhatóságát.

Egy modern kórházban az MR/CT csereciklusa 5-7 év. Magyarországon sok gép 12-15 éves.

I.6.7 A diagnosztika közvetlen hatása a halálózásra

A diagnosztika nem luxus. A diagnosztika **életmentés**.

Ahol gyors a diagnózis:

- gyorsabb a kezelés,
- kevesebb a komplikáció,
- rövidebb a kórházi tartózkodás,
- magasabb a túlélés.

Ahol lassú → több a halálózás.

Ezért az ASP egyik kulcs: → **az ország legnagyobb diagnosztikai modernizációja 2026-2028 között.**

Összegzés

A diagnosztikai rendszer jelenlegi állapota:

- a legnagyobb szűk keresztmetszet,
- a sürgősségi túlterhelés egyik fő oka,
- a várólisták gyökere,
- a későn felismert daganatok oka,
- a betegbiztonság első számú kockázata.

Javítás nélkül nem lehet egészségügyet építeni.

I.7 Az alapellátási rendszer összeomlása: a betegutak első kapuja záródik be

Az egészségügy alapja nem a kórház, hanem az **alapellátás**.

Ha a háziorvosi rendszer erős:

- gyors diagnózis,
- kevesen mennek kórházba,
- nulla a felesleges sürgősségi terhelés,
- kisebb kórházi várólista,
- olcsóbb az ellátás,
- egészségesebb a lakosság.

Ha a háziorvosi rendszer gyenge → **az egész ország egészségügyi rendszere összeomlik.**

Magyarországon ez történik. Az alapellátás krízisben van:

- nincs elég háziorvos,
- nincs utánpótlás,
- rengeteg a betöltetlen praxis,
- túl sok az adminisztráció,
- romlik a minőség,
- a betegek elvándorolnak az SBO-kra vagy a magánszektorba.

Ez a rendszer Achilles-sarka.

I.7.1 Előregedett háziiorvosi állomány: a praxisok fele 60 év felettiiek kezében van

Ez a legnagyobb probléma. A háziorvosok átlagéletkora **59 év**.

Ez azt jelenti:

- sokan készülnek nyugdíjba,
- sokan már részmunkaidőben dolgoznak,
- egyre többen nem vállalnak ügyeletet,
- az utánpótlás alig érkezik.

Ha nem történik beavatkozás:

- 2027-re 800–1000 praxis marad tartósan betöltetlen,
- 2030-ra több ezer település maradna háziorvos nélkül.

Ez nem jövőbeni veszély — ez zajlik most.

I.7.2 – Betöltetlen praxisok: több száz település marad alapellátás nélkül

Magyarországon jelenleg:

- kb. 500 betöltetlen praxis van,
- sok helyen évek óta nincs állandó orvos,
- helyettesítéssel oldják meg, vagy azzal sem.

Ez azt jelenti:

- a beteg nem jut időben orvoshoz,
- nincs folytonosság,
- nincs elérhető tanácsadás,
- nincs kontrollvizsgálat,
- nincs krónikus gondozás.

Ez akadályozza:

- a cukorbetegség követését,
- a magas vérnyomás kezelését,
- a COPD és asztma ellátását,
- a szívbetegség monitorozását.

A betöltetlen praxis közvetlen egészségromlást okoz.

I.7.3 – Túltérhelt háziorvosok: 1500–2500 páciens jut egyetlen orvosra

A háziorvosoknál:

- rengeteg beteg,
- kevés idő,
- sok adminisztráció.

Egy átlagos háziorvos:

- napi 40–70 beteget lát el,
- 15–20 telefont fogad,

- 30–50 dokumentumot tölt ki,
- 1–2 órát adminisztrál rendelés előtt/után.

Ez fenntarthatatlan tempó.

Következmények:

- kevesebb idő jut egy betegre,
- nő a hibázás esélye,
- romlik az ellátás minősége,
- nő a betegek elégedetlensége,
- a betegek sürgősségire irányítódnak át.

I.7.4 – Az adminisztráció túlburjánzása: a rendelési idő 40%-a papírmunka

A háziorvosok többsége többet adminisztrál, mint gyógyít.

A napi adminisztratív teher:

- beutalók,
- táppénz,
- igazolások,
- krónikus betegek papírjai,
- NEAK jelentések,
- statisztikák,
- receptek,
- digitális rendszerek párhuzamossága.

Ez nem orvosi feladat — ez rendszerhiba.

Az orvos nem gyógyítani jár be, hanem túlélni a papírmunkát.

I.7.5 – Krónikus betegek rossz követése: nő a súlyos szövődmények száma

A magyar lakosság nagy része krónikus beteg:

- magas vérnyomás,
- cukorbetegség,
- szívbetegség,
- COPD,
- elhízás.

Ezek folyamatos követést igényelnek.

De mivel az alapellátás összeomlóban van:

- elmaradnak a kontrollok,
- késik a labor,
- nincs idő megbeszélni az eredményeket,
- nincs idő életmód-tanácsadásra.

Ez rengeteg:

- stroke-ot,
- infarktust,
- amputációt,
- vesebetegséget
idéz elő.

Ezért nő a sürgősségi terhelés is.

I.7.6 – A háziorvosi rendszer nélkül nincs működő egészségügy

A háziorvos a kapuőr.

Nélküle:

- mindenki a szakrendelőbe megy,
- mindenki az SBO-ra megy,
- mindenki a kórházba kerül,
- a rendszer túlterhelődik,
- az ellátás lassul,
- a halálozás nő.

Az alapellátás a rendszer első védelmi vonala.

Most lyukas.

I.7.7 – A betegek bizalma megrendült

A lakosság egyre kevésbé bíz a háziorvosok rendszerében:

- sokszor nem elérhetők,
- kevés a rendelési idő,
- betöltetlen praxisok,
- lassú a diagnosztika,
- a beteg érzi, hogy „jobb, ha magánba megy”.

Ez pedig tovább súlyosbítja a helyzetet:

→ minél többen menekülnek a magánba, annál rosszabb az állami rendszerben maradóknak.

Összegzés

Az alapellátás válsága:

- betöltetlen praxisok,
- előregedett állomány,
- túlsúlyfolttság,
- adminisztrációs túlterhelés,
- rossz krónikus követés,
- bizalomvesztés.

Ez a rendszer második legfontosabb gyenge pontja a diagnosztika után.

A reform egyik legfontosabb feladata:

- házi orvosok visszacsábítása
- praxisok újranyitása
- adminisztráció csökkentése
- alapellátási infrastruktúra megújítása
- szakdolgozók bevonása
- modern digitális rendszer

Ezt a konkrét megoldásoknál részletezzük.

I.8 – Regionális egészségügyi egyenlőtlenségek: Magyarország kettészakadt egészségügye

Az egyik legnagyobb, de legkevesebbet emlegetett probléma:

→ Magyarország egészségügyi ellátása térben szétszakadt.

A lakosság egészségi esélyei óriási mértékben függenek attól, hogy:

- hol él,
- milyen messze van egy kórháztól,
- milyen a helyi infrastruktúra,
- van-e házi orvos,
- van-e diagnosztika,
- milyen gyorsan jut el szakrendelésre.

Ugyanaz a betegség Magyarország két különböző térségében:

- eltérő idő alatt kerül felismerésre,
- eltérő gyorsasággal kap kezelést,
- eltérő túlélési esélyt ad.

Ez társadalmi igazságtalanság.

És szakmai katasztrófa.

I.8.1 – Budapest és vidéki nagyvárosok vs. vidék és aprófalvak

Magyarországon három külön egészségügyi valóság létezik:

1) Budapest és nagyvárosok (Győr, Debrecen, Szeged, Pécs, Miskolc)

- gyorsabb diagnosztika
- jobb felszereltség
- több orvos
- több szakdolgozó
- több kórházi részleg
- jobb sürgősségi ellátás

2) Közepes városok (Eger, Veszprém, Békéscsaba stb.)

- lassabb ellátás
- kevesebb szakrendelés
- kevesebb orvos

- MR/CT csak időponttal
- gyakran elavult infrastruktúra

3) Kistelepülések, aprófalvak, romló térségek

- nincs háziorvos
- nincs szakrendelő
- nincs diagnosztika
- nincs mentőállomás közel
- nincs elég gyógyszertár
- sokszor mobil egészségügy sincs

Ez azt jelenti:

→ egy szívinfarktus túlélési esélye attól függ, mekkora településen történik.

Ez így nem fogadható el.

I.8.2 – Diagnosztikai egyenlőtlenségek: az ország fele diagnosztikai sivatag

A diagnosztika a modern ellátás motorja.

És ez a motor vidéken gyakran nem működik.

Példák:

Budapest és nagyvárosok:

- MR: 1–2 hét
- CT: 1 hét
- labor: 1–2 nap

Vidéki kisvárosok:

- MR: 2–3 hónap
- CT: 3–6 hét
- labor: lassú feldolgozás

Aprófalvas térségek:

- nincs MR
- nincs CT
- nincs megfelelő ultrahang
- nincs labor
- gyakran röntgen sincs

Ez azt eredményezi:

- késői diagnózis,
- rosszabb kezelési eredmények,
- több komplikáció,
- több kórházi felvétel,
- több halálozás.

I.8.3 – Mentőszolgálat: túl nagy távolságok, lassú kiérkezés a periférián

Az Országos Mentőszolgálat terheltsége jelentősen különbözik régióként.

Városokban:

- gyorsabb kiérkezés (10–15 perc átlag)

Vidéki térségekben:

- 20–25 perc átlag
- sok esetben 30 perc felett
- nagy távolságok települések között
- kevés állomás, kevés mentőegység

Következmények:

- infarktusnál, stroke-nál kritikus késés
- nagyobb halálozás
- több maradandó károsodás

A mentőszolgálat nincs felkészítve az ország szerkezeti adottságaira.

I.8.4 – Várólisták térségi különbségei

A várólisták nem egységesek:

Példák:

- csípőprotézis:
Budapest: 3–6 hónap
Vidék: 12–18 hónap
- térdprotézis:
Budapest: 6–9 hónap
Vidék: 12–24 hónap
- szürkehályog:
Budapest: 2–4 hónap
Vidék: 6–12 hónap

Ez azt jelenti:

→ ha valaki vidéken él, tovább lesz beteg, tovább fog fájdalommal élni, és tovább vár kezelésre.

I.8.5 – Háziiorvosi egyenlőtlenségek

A betöltetlen praxisok döntően:

- Borsod,
 - Nógrád,
 - Somogy,
 - Tolna,
 - Szabolcs
- megyékben vannak.

Ez nem csak szám — ez emberek tízezreinek mindennapi ellátatlanságát jelenti.

I.8.6 – Szakemberhiány térségi széttöredezése

Nagyvárosokban több az orvos, vidéken kevesebb.

Sok helyen:

- nincs gyerekorvos,
- nincs belgyógyász,
- nincs nőgyógyász,
- nincs sebész,
- nincs pszichiáter.

Ezért a vidéki betegek órákig utaznak, vagy nem mennek időben orvoshoz.

I.8.7 – Társadalmi következmények: a szegényebb térségek hamarabb és súlyosabban betegednek meg

A regionális egészségügyi egyenlőtlenség egyben:

- gazdasági,
- szociális,
- demográfiai
probléma is.

Aki vidéken, elszegényedett térségben él:

- rövidebb életre számíthat,
- több krónikus betegséggel,
- rosszabb hozzáféréssel,
- több halálessel.

Ez a szerkezeti igazságtalanság a legfontosabb ok, amiért az ASP regionális alapú újjáépítést vezet be.

Összegzés:

Magyarország egészségügye nem egységes — három külön rendszer működik

A helyzet lényege:

→ A lakosság egészséges élettartama lakcímfüggővé vált.

Ez a demokrácia, a társadalmi igazságosság és a betegbiztonság teljes sérülése.

Az ASP célja:

- egységes,
- mindenki számára elérhető,
- gyors,
- biztonságos,
- modern ellátás
az ország minden településén.

Ez lesz az egész reform egyik legfontosabb része.

I.9 – A rendszer társadalmi megítélése és bizalomvesztése: a legnagyobb, de legkevésbé látható válság

Az egészségügy működésének van egy olyan eleme, amelyet nem lehet gépekkel, kórtermekkel vagy béremeléssel megjavítani:

→ a társadalom bizalma.

Ez az egyetlen tényező, amely:

- meghatározza, hogy mer-e valaki időben orvoshoz menni,
- elhiszi-e a diagnózist,
- elfogadja-e a kezelést,
- betartja-e az életmódtanácsokat,
- részt vesz-e szűrésekben,
- hajlandó-e a rendszerben maradni.

A magyar egészségügy bizalmi válsága mélyebb, mint a kórházi infrastruktúra problémája.

A beteg ma nem azt kérdezi:

„Melyik orvoshoz menjek?”

Hanem:

„Be merjek menni egyáltalán?”

Ez a válság az egészségügy legnagyobb és legveszélyesebb következménye.

I.9.1 – A lakosság három típusa: bizalom szintje szerint

Az egészségügy felé való bizalom alapján a lakosság három nagy csoportba sorolható.

1) A bizalomvesztett csoport (kb. 40–45%)

Ők azt érzik:

- „Az állami ellátás rossz.”
- „Inkább várok, de magánba megyek.”
- „Úgysem kapok időpontot.”
- „Úgysem foglalkoznak velem.”
- „Csak a szerencsén múlik.”

Ez a csoport elkerüli az állami ellátást.

Ez óriási gond, mert a magánellátás nem tudja tartósan pótolni az államit.

2) A kényszerből államit használók (kb. 40%)

Ők nem bíznak, de nincs más választásuk:

- anyagilag nem engedik meg a magánellátást
- kénytelenek várni
- kiszolgáltatottnak érzik magukat
- sokszor dühösek, feszültek, félelmekkel telik az ellátás

Ők érzik leginkább a rendszer problémáit.

3) A bizalmi még őrzők (kb. 15–20%)

Ők általában:

- jó kórház közelében élnek
- ismert orvosuk van
- kisebb településen a háziorvos még működik
- nem volt rossz tapasztalatuk

Ez a csoport folyamatosan fogy.

1.9.2 – A bizalomvesztés fő okai

A lakosság bizalmát nem egyetlen dolog rombolta le, hanem hosszú évek láncolata.

1) Hosszú várakozási idők

Ez a leggyakoribb mondat:

„Hetekig várok egy időpontra!”

A betegek számára ez elég ahhoz, hogy elveszítsék a hitüket a rendszerben.

2) Sürgősségi káosz

A folyosón fekvő betegek képe

→ az egész ország memóriájába beleégett.

3) Elavult környezet

A betegek érzése:

- „Ez nem XXI. századi.”
- „Itt én nem gyógyulok.”

Az első benyomás dönt.

4) A dolgozók túlterheltsége

A beteg látja:

- fáradt nővérek,
- ideges orvosok,
- rohanás,
- időhiány.

Ez bizalmat rombol, pedig nem a dolgozók hibája.

5) Pénzügyi kiszolgáltatottság

Sokan azt érzik:

- „A magánellátást erőltetik.”
- „Az állami már csak egy árnyék.”

Ez kétségbeesést okoz.

I.9.3 – A magánellátás elszívó hatása: párhuzamos egészségügyi világ jött létre

A bizalomvesztés következménye:

→ a lakosság jelentős része a magánellátásba vándorolt.

Ez azt eredményezte, hogy:

- a magánszektor fejlődik,
- az állami szektor lassul,
- a szakemberek átjárnak a magánba,
- a társadalom kettészakad:
- aki meg tudja fizetni → magán
- aki nem → állami

Ez fenntarthatatlan hosszú távon.

Egy ország nem működhet két egészségügyi rendszerrel.

I.9.4 – Az egészségügyi dolgozók bizalomvesztése

Sokan azt hiszik, csak a lakosság vesztette el a bizalmát.

Pedig a dolgozók is:

- nem bíznak a rendszerben,
- nem bíznak a vezetésben,
- nem bíznak a jövőben,
- nem bíznak abban, hogy lesz jobb,
- nem bíznak abban, hogy valaki meghallgatja őket.

Ez az egyik oka az elvándorlásnak.

I.9.5 – A bizalomvesztés következménye: elmaradt szűrések, rossz egészségi mutatók

A bizalomvesztés közvetlen következménye:

- kevesebben mennek szűrésre,
- több daganatot fedeznek fel későn,
- több a súlyos krónikus szövődmény,
- nő a sürgősségi terhelés,
- több a halálozás.

A bizalom nem érzelem → egészségpolitikai tényező, amely életéveket határoz meg.

I.9.6 – A lakosság félelmei

A felmérések szerint a magyar emberek egészségüggyel kapcsolatos félelmei:

- „Félek, hogy félrediagnosticszáltnak.”
- „Félek, hogy nem érek oda időben.”
- „Félek, hogy nincs elég orvos.”
- „Félek, hogy nem fog senki rám érni.”
- „Félek a kórházi fertőzéstől.”

Ezek nem irracionális félelmek — valós tapasztalatokon alapulnak.

I.9.7 – Miért kritikus a bizalom helyreállítása 2026–2030 között?

A bizalom az egyetlen tényező, amely:

- nem kerül pénzbe,
- de mindent meghatároz,
- és minden más fejlesztést felerősít vagy lerombol.

A bizalom helyreállításával:

- többen mennek szűrésre,
- gyorsabban fordulnak orvoshoz,
- kevesebb a sürgősségi terhelés,
- javul a krónikus betegségek kezelése,
- nő a dolgozók hivatástudata,
- nő az ellátási biztonság.

Ezért a bizalom visszaépítése az ASP egészségügyi újjáépítés legfontosabb stratégiai eleme.

Összegzés

A magyar egészségügy nem csak infrastruktúrában omlott össze, hanem:

- a betegek,
- a dolgozók,
- és a társadalom
bizalmában is.

A rendszer akkor éled újra, ha a betegek úgy érzik:

Visszajött a biztonság. Visszajött a minőség. Visszajött az emberi méltóság.”

És ez lesz az ASP egészségügyi reformjának egyik legfontosabb eredménye.

I.10 – Összegzés: a magyar egészségügy válsága rendszerszintű, nem részprobléma

Az I. fejezet célja az volt, hogy őszintén és mellébeszélés nélkül mutassa be a magyar egészségügy valódi állapotát.

A helyzet súlyosságát nem lehet túlértékelni:

→ a rendszer egyszerre több ponton is összeomlott.

Ez a válság nem egyetlen hibából fakad, hanem több évtizedes elmaradásokból, amelyek egymást erősítve hozták létre a jelenlegi állapotot.

I.10.1 – 1. válságtengely: A lakosság egészségi állapota Európa végén

Magyarország:

- rövidebb életkilátás,
- magasabb krónikus betegségek aránya,
- több daganatos halálozás,
- több szív- és érrendszeri haláleset,
- jelentős prevenció hiányok

miatt az EU sereghajtói között van.

Ez önmagában jelzi: a rendszer nem működik.

I.10.2 – 2. válságtengely: Az egészségügyi dolgozók túlterheltek, fogynak és kiégnek

A humánerőforrás állapota kritikus:

- elvándorlás külföldre,
- kiégés,
- másodállások kényszere,
- elöregedés,
- üres állások,
- pályaelhagyás.

Ha nincs, aki ellásson — a rendszer működésképtelen.

Ez a válság már most akut.

I.10.3 – 3. válságtengely: A kórházi infrastruktúra elavult, veszélyes és egészségtelen

A magyar kórházak jelentős része:

- fizikai értelemben romos,
- technológiai értelemben elavult,
- higiéniai szempontból kockázatos,
- energetikailag korszerűtlen.

A modern gyógyítás nem csak az orvos tudásán múlik, hanem a környezet minőségén is.

Ez a környezet sok helyen méltatlan a betegekhez és a dolgozókhöz.

I.10.4 – 4. válságtengely: A sürgősségi ellátás túlterhelt és veszélyesen működik

Az SBO a rendszer ablaka. Itt látszik minden:

- lassú triázs,
- kevés dolgozó,
- lassú diagnosztika,
- folyosón várakozó betegek,
- hosszú várakozás,
- mentőegységek torlódása,
- rossz szervezés.

A sürgősségi válság az egész ország válsága.

I.10.5 – 5. válságtengely: A diagnosztika lassú és elavult — megakad a gyógyítás

A diagnosztikai eszközpark és személyzet hiánya miatt:

- hónapokig várnak MR-re,
- hetekig CT-re,
- órákig laborra,
- napokig leletre.

A diagnózis nélküli egészségügy olyan, mint a sötétben navigáló repülőgép.
Ez a szűk keresztmetszet minden mást lassít.

I.10.6 – 6. válságtengely: Az alapellátás összeomlásban

A háziorvos a rendszer első védvonal. Ha ez a front vonal gyenge → minden összeomlik:

- nincs krónikus követés,
- nincs szűrés,
- nincs prevenció,
- nincs korai felismerés,
- mindenki a sürgősségre megy.

Az alapellátás állapota sorsdöntő.

I.10.7 – 7. válságtengely: Regionális egészségügyi egyenlőtlenségek

Az ország kettészakadt:

- város vs. vidék
- centrum vs. periféria
- gazdag vs. szegény térségek

A lakosság egészséges élettartama lakcímfüggővé vált,
ami súlyosan sérti a társadalmi igazságosságot.

I.10.8 – 8. válságtengely: Társadalmi bizalomvesztés

A betegek nem bíznak:

- a rendszerben,
- az időpontokban,
- a diagnosztikában,
- a szervezetségben,
- a jövőben.

A dolgozók sem bíznak:

- a rendszerben,
- a vezetésben,
- a munkakörnyezetben,
- a jövőképben.

Ez a bizalmi válság **megállítja a fejlődést.**

I.10.9 – A helyzet valódi természete: nem egy-egy problémát kell megoldani, hanem a teljes rendszert kell újraszervezni

A magyar egészségügyi válság **nem tüneti** és nem szektorális.

Ez egy **rendszerszintű** probléma.

A rendszer:

- rosszul szervezett,
- rosszul irányított,
- rosszul finanszírozott,
- rossz technológiával működik,
- kevés emberrel,
- rossz infrastruktúrában,
- rossz folyamatokkal.

Ezért:

- részmegoldásokkal nem lehet megjavítani.
- modernizációval nem lehet megoldani.
- béremeléssel nem lehet rendezni.
- új eszközökkel nem lehet egyensúlyba hozni.

Csak egy teljes rendszerújraépítés működik.

És ez lesz az ASP célja 2026–2030 között.

I.10.10 – Az ASP-nek nem lesz "reformja" — új egészségügyet épít

A reform szó azt jelenti: javítás, módosítás, változtatás. Az ASP ezzel szemben:

- új egészségügyi struktúrát épít
- új folyamatokkal
- új finanszírozással
- új technológiával
- új szemlélettel
- új humán erőforrás-moddellel
- új kórházi és járóbeteg-rendszerrel

Ez nem toldozás. Ez új rendszer.

Összegzés**A magyar egészségügy jelenlegi válsága:**

- mély,
- átfogó,
- rendszerszintű,
- több ponton egyszerre jelentkező,
- és önmagát erősítő negatív spirál.

A változáshoz:

- bátorság,
- szakmaiság,
- politikai akarat,
- és hosszú távú elkötelezettség kell.

Az I. fejezet megmutatta: → mi a probléma. Most jön a II. fejezet: → Hogyan finanszírozza és hogyan indítja be az ASP az egészségügyi újjáépítést.

II. FEJEZET

Finanszírozási és rendszerstruktúra-reform (2026–2030)

Az ASP Egészségügyi Újjáépítési Program pénzügyi és működési alapjai

II.1. A jelenlegi finanszírozási rendszer áttekintése és válságpontjai

II.1.1. Az alulfinanszírozottság rendszerszintű okai

A magyar egészségügy tartós alulfinanszírozása nem parlamenti ciklusokhoz, hanem rendszerhibákhoz kötődik:

- 1.Egycsatornás, túlcentralizált finanszírozás:** az állami kassa egyszerre fedezi a béreket, infrastruktúrát, gyógyszereket, eszközöket, miközben nincs visszacsatolás teljesítményre.
- 2.Történelmileg elavult finanszírozási struktúra (HBCs–OENO):** a 1990-es években kialakított rendszer ma már nem tükrözi sem a technológiát, sem az árakat.
- 3.Nincs minőség alapú finanszírozás,** minden ellátó ugyanannyi pénzt kap akkor is, ha rosszabb minőségű ellátást nyújt.
- 4.Nincs területi súlyozás,** a szakemberhiánnyal küzdő megyék ugyanannyi támogatást kapnak, pedig a toborzási költség sokkal magasabb.
- 5.Szétaprózott eszközpark:** minden kórház mindenből próbál beszerezni egy darabot, ahelyett hogy régiós központokba koncentrálnák.
- 6.Átláthatatlan beszállítói láncok:** sok helyen „történelmi” szerződések futnak, amelyeket senki nem vizsgált felül.

Az ASP célja: 2026–2030 között teljes pénzügyi újraépítés, új logika mentén.

II.1.2. A rendszer fő hiányosságai számokban (2024–2025)

- Finanszírozási hiány: 400–500 milliárd Ft évente
- Eszközpark elavultsága: 60–70%-ban 15 évnél idősebb gépek
- Éves várólista-károk: 80–120 milliárd Ft gazdasági veszteség
- Magánszektor térnyerése: a teljes ellátás 35–40%-a fizető
- Béraránytalanság: orvos–nővér jövedelmi különbség akár 5–7-szeres
- Alapellátás finanszírozása: EU-átlag 40–50%-a

Ez a rendszer fenntarthatatlan.

II.2. Az ASP finanszírozási modellje – új alapelvek

Az ASP-program alapja, hogy a magyar egészségügy újraálljon a lábára, és ez nem több pénzt jelent, hanem:

Új finanszírozási logikát.

Az ASP-modell 6 alapelvei nyugszik:

- 1.Átlátható, kétcsatornás finanszírozás infrastruktúra és bérek külön kasszában.
- 2.Teljesítmény- és minőség alapú finanszírozás a jó ellátó többet kap, a rossz kevesebbet.
- 3.Egységes országos árlista (valós költségeken) megszűnnek az irreális alulfinanszírozott beavatkozások.
- 4.Régiós erőforrás-koncentráció nem minden kórháznak kell minden szolgáltatás.
- 5.14 hónapos eszköz- és infrastruktúra-megújítási program egyszeri, célzott beruházás.
- 6.A TB-bevételek növekedése a béremelések miatt 100%-os bérnövekedés extra járulékbévételt generál.
- 7.

II.3. A reform finanszírozása (2026–2030)

II.3.1. Bevételi oldalon biztosított források

- 1.TB-járlékok növekedése (2026–2028 béremelés miatt): 650–800 milliárd Ft/év
- 2.Luxuscikkek emelt ÁFA (40%): 120 milliárd Ft/év
- 3.Dohány és alkohol jövedéki adó +20% 160–200 milliárd Ft/év
- 4.Szerencsejáték koncessziós bevételek államosítása 250–300 milliárd Ft/év
- 5.NER-vagyon visszavétele (2026-ban, egyszeri forrás) ebből 300–400 milliárd Ft mehet egészségügy-modernizációra
- 6.Vagyonadó a leggazdagabbakra 100–150 milliárd Ft/év
- 7.Állami gyógyszergyártás 2028-tól bevételt termel 50–80 milliárd Ft/év

Összesített stabil éves plusz: → 1 300 – 1 600 milliárd Ft / év

Ez biztosítja a reform teljes pénzügyi hátterét.

II.4. Kiadási oldalon szükséges források

A reform három fő kiadási iránya:

1. Humán erőforrás – 100% béremelés

(2026–2028 között szakaszolva: 30% – 60% – 100%) Éves többletigény: 750–850 milliárd Ft

2. Infrastruktúra – 14 hónapos felújítás

Többletigény: 350–450 milliárd Ft (összes kórház, rendelő, SBO felújítása)

3. Eszközpark megújítása – MRI, CT, UH, műtők Többszöveg: 200–250 milliárd Ft

4. Sürgősségi rendszer teljes újraszervezése Többszöveg: 80–120 milliárd Ft

II.5. Egyenleg: fedezet biztosított

Bevételi többlet: 1 300–1 600 milliárd Ft Reform költsége: 1 350–1 500 milliárd Ft

Egyenleg pozitív. Az ASP-program teljes egészében tartható.

II.6. Finanszírozási garanciák

1. A béremelések NEM fedezet nélküliek → járulékból megtérülnek.
2. A modernizáció egyszeri költség, hosszú távú megtérüléssel.
3. A magánszektorral versenyképes állami ellátás csökkenti a kivándorlást.
4. A rövidebb várólista csökkenti a gazdasági veszteséget.

II.7. Stratégiai változások – mit jelent az új rendszer a gyakorlatban?

1. A kórházak végre valós árakon kapnak finanszírozást.
2. Megszűnik a „szőnyeg alatti finanszírozási pánik”.
3. A szakdolgozók bére rendezett lesz → nő az utánpótlás.
4. A modern technológia csökkenti a műhiba és tévedés arányát.
5. Az állami rendszer nem szétesik → megerősödik.
6. A magánellátás szerepe csökken, de nem tiltással, hanem versennyel.

II.8. A finanszírozási reform ütemterve (2026–2030)

2026 II. félév:

- új finanszírozási szabályok bevezetése
- bértábla átalakítása (első 30%)
- diagnosztikai eszközök közbeszerzése

2027:

- kórházak felújítása (14 hónap)
- sürgősségi rendszer átállítása
- második béremelési kör (60%)

2028:

- állami gyógyszergyártás indul
- digitális egészségügy indul
- 100%-os bérrendezés

2029–2030:

- rendszer finomhangolás
- fenntartható működés elérése
- minőség-alapú finanszírozási modell stabilizálása

III. FEJEZET HUMÁNERŐFORRÁS-REFORM ÉS A MUNKAERŐ-MEGTARTÁS NEMZETI PROGRAMJA

III.1. Bevezetés – Miért a humán erőforrás a rendszer kulcsa?

Az egészségügyi rendszer a világ minden országában emberekre épül.

Lehet modern műtő, lehet új MRI, lehet digitalizált előjegyzési rendszer –ha nincs szakember, nem működik semmi.

Magyarországon 2024–2025-re a helyzet kritikus:

- orvoshiány 25–30%
- ápolóhiány 35–40%
- évente több mint 4500 egészségügyi dolgozó megy külföldre
- 2028-ra becslések szerint 10 000 ápoló hiányozhat
- az átlagéletkor a szakmában 48–55 év

Ezért a humán erőforrás-reform nem egy fejezet, hanem AZ egész reform gerince.

A III. fejezet célja:

- megtartani a jelenlegi dolgozókat,
- visszahozni a külföldre menteket,
- bevonítani a pályakezdőket,
- csökkenteni a munkahelyi terhelést,
- javítani a munkakörülményeket,
- felemelni a szakma presztízsét.

III.2. A bérrendszer teljes újrászervezése (2026–2028)

A jelenlegi magyar egészségügyi bérrendszer:

- bonyolult,
- átláthatatlan,
- széttöredezett,
- sok bérpótlékon alapul,
- nem tükrözi a valós terhelést.

ASP-rendszer: egyszerű, világos, átlátható.

III.2.1. Orvosok alapbére

2025-höz viszonyítva:

2026: +30%

2027: +60%

2028: +100% (dupla bér)

Ez nem részleges emelés. Ez nem pótlék. Ez alapbéremelés.

Példa (szakmai minimumokkal):

- rezidens: 480–550 ezer → 2028-ra 950–1 100 ezer
- szakorvos: 850 ezer – 1,2 M → 2028-ra 1,7–2,2 millió
- főorvos: 1,3–1,8 M → 2028-ra 2,6–3,2 millió
- osztályvezető: 1,8–2,4 M → 2028-ra 3,4–4,0 millió

III.2.2. Ápolók alapbére

2025-höz viszonyítva:

2026: +30%

2027: +60%

2028: +100%

Példa:

- szakápoló: 320–360 ezer → 2028-ra 650–720 ezer
- OKJ ápoló: 260–300 ezer → 2028-ra 520–600 ezer
- nővér: 280–340 ezer → 2028-ra 560–680 ezer
- intenzíves szakápoló: 380–420 ezer → 750–900 ezer

III.2.3. Mentősök, SBO-dolgozók, sürgősségi szakemberek

Kiemelt bér:

+10% állandó sürgősségi pótlék

2028-ra dupla alapbér országos sztenderd: 550–950 ezer Ft körüli bérek

Mivel ők viszik a legnagyobb terhelést.

III.3. A 36 órás egészségügyi munkahét bevezetése

Miért kell?

- mert az ápolók heti 48–60 órát dolgoznak,
- mert extrém túlterheltek,
- mert az EU-s normák szerint a heti 55–60 órás terhelés nem jogszerű,
- mert a minőség és a betegbiztonság romlik.
-

ASP-rendszer: heti 36 óra.

Ez három év alatt vezetődik be:

2026: 40 óra

2027: 38 óra

2028: 36 óra

Bércsökkentés nélkül.

III.4. Másodállások és mellékállások újraszabályozása

A dolgozók nagy része túlélési okból vállal másodállást.

Az új rendszerben:

- a béremelés miatt nem lesz szükség másodállásra
- de aki akar, az vállalhat
- tiszta, átlátható, bejelentett módon
- nem tiltjuk
- nem szankcionáljuk
- nem veszik el a szabadságot miatta

A dolgozó dönt, nem az állam.

III.5. Minőségi munkakörnyezet program (2026–2029)

A II. fejezetben már volt róla szó, most részletezve:

Munkakörnyezet javítása:

- 1.minden kórházi osztályon új bútorzat
- 2.új nővérpultok
- 3.automata gyógyszerosztó rendszerek
- 4.légkondicionálás
- 5.új pihenők
- 6.megújított nővérszobák
- 7.étkezőfelújítás
- 8.zuhanyzók, öltözők korszerűsítése
- 9.zajterhelés csökkentése
- 10.terheléselosztó rendszer (új ügyeleti hálózat)

III.6. Pályakezdők megtartási programja – 5 éves kötöttség nélkül

A jelenlegi rendszer hibája:

- a fiatalokat röghöz kötik
- alacsony kezdőbérek
- nincs lakhatási támogatás
- nincs életpálya

ASP-rendszer:

1. Kezdő bér: a végzettséghez igazított magasabb alap
2. Lakhatási támogatás (30–80 ezer Ft/hó)
3. Ingyenes továbbképzések
4. Mentorprogram
5. Nincs kötelező 5 éves munkaviszony → megszűnik

III.7. Külföldre ment egészségügyiek visszahívása

2026–2027: Európa-szerte toborzás magyar nyelven:

- Anglia
- Németország
- Ausztria
- Svédország
- Norvégia

Ajánlat:

- magyarországi bér $\times 2$
- ingyenes lakhatás az első 6 hónapban
- egyszeri visszatérési bónusz: 300–500 ezer Ft
- ingyenes továbbképzés
- nyugodt munkakörnyezet biztosítása

Cél: 3000 szakdolgozó + 800 orvos visszahozása 2 év alatt.

III.8. Pszichológiai és mentális támogatási rendszer

Egészségügyiek körében a kiégés aránya: 68–72%.

ASP-program:

- kötelező kiégés-prevenció
- pszichológus minden intézményben
- anonim tanácsadás
- pihenőszobák
- ügyeleti rotáció könnyítése
- szabadnapok terhelés alapján

III.9. Ügyeleti rendszer újraszervezése

Jelenlegi rendszer:

- túlórákra épül
- nincs elegendő ember
- 24 órás műszakok embertelenek

ASP-rendszer:

- 12 órás ügyeletek
- terhelés szerinti beosztás
- 20%-kal több ügyeleti pótlék
- másnapi automatikus pihenőnap
- átlátható beosztás
- kis kórházakban rotációs rendszer

III.10. Az új életpályamodell

Ez 2026. január 1-jén lép életbe.

Tartalmazza:

- bérek
- továbbképzési rendszer
- karrierlétra
- új pozíciók: senior ápoló, intézményi koordinátor, betegkoordinátor
- magasabb felelősség = magasabb bér
- 5 évente kötelező továbbképzés támogatva
- nem bukkhat el a dolgozó, ha családi gondja van → rugalmas rendszer

Összegzés

A humánerőforrás-reform célja:

- megtartani
- visszahozni
- bevonzani
- megbecsülni

Az egész egészségügyi reform kulcsa az ember.

Eszközök, gépek, épületek semmit nem érnek szakemberek nélkül.

Ezzel a fejezettel letesszük a valódi újjáépítés alapját.

IV. FEJEZET

A DIAGNOSZTIKAI, INFRASTRUKTURÁLIS ÉS TECHNOLÓGIAI MODERNIZÁCIÓ REFORMJA

IV.1. A diagnosztikai rendszer jelenlegi helyzete és a reform szükségessége

Magyarországon a diagnosztikai ellátórendszer az elmúlt évtizedekben súlyos alulfinanszírozással, berendezéshiánnyal és technológiai elmaradottsággal működött. A jelenlegi állapot veszélyezteti:

- a gyors diagnózist,
- a kezelések megkezdésének időpontját,
- a betegek túlélési esélyeit,
- az ellátórendszer hatékonyságát
- és a szakmai színvonal fenntartását.

A várólisták 70%-ának oka diagnosztikai kapacitáshiány. (MRI, CT, ultrahang, röntgen, endoszkópia, labor.)

A kórházak és szakrendelők nagy része 20–25 éves gépparkkal dolgozik, gyakran meghibásodással, szervizképtelenséggel, irreális üzemeltetési költségekkel.

Az ASP célja egy olyan diagnosztikai rendszer létrehozása, amely:

- gyors,
- pontos,
- korszerű,
- regionálisan jól szervezett,
- és egész országra egységesen elérhető.

IV.2. A diagnosztikai modernizáció alappillérei

IV.2.1. Minden állami szakrendelőben MRI és CT – országos diagnosztikai minimumszint

Az ASP egészségügyi reformja szerint:

- minden járóbeteg szakrendelőben kötelező minimum egy MRI és egy CT berendezés elhelyezése,
- ahol a beteglétszám indokolja, ott dupla kapacitás (2 MRI, 2 CT),
- az új eszközök legalább 7 éves élettartamra, gyári garanciával, folyamatos szervizprogrammal.

Ez a lépés:

- csökkenti a várólistákat,
- megszünteti a budapesti és vidéki ellátás közti különbséget,
- órákra csökkenti a diagnózis felállítását,
- csökkenti az SBO-terhelést (mert gyorsabb a diagnózis).

IV.2.2. Országos Ultrahang- és Laborhálózat korszerűsítése

Az ASP program rögzíti:

- minden szakrendelőben minimum 2 ultrahanggép,
- a nőgyógyászat, kardiológia, belgyógyászat, urológia külön géppel,
- teljes labormodernizáció, gyors diagnosztikai panelek,
- országos digitális eredménymegosztás (EESZT-2 rendszer).
-

IV.2.3. Endoszkópos és egynapos műtéti kapacitások bővítése

Teljes körű modernizálás:

- gyomor-, vastagbél-, epe-, urológiai endoszkópia
- teljes új berendezéspark
- egynapos sebészet minden szakrendelőben
- 2–3 órán belüli diagnózis és kezelés
- beteg másnap otthon

IV.3. Kórházi infrastruktúra modernizációja

Az ASP célja 14 hónap alatt egy teljes felújítási és eszközbeszerzési program.

IV.3.1. Teljes épületfelújítási program (14 hónap)

Magában foglalja:

- épületgépészet (villany, víz, szellőzés,)
- kórtermek komplett felújítása
- betegfürdők teljes cseréje
- padló, nyílászárók, világítás
- klímarendszerek
- műtők légtechnikai korszerűsítése

Minden felújítást állami kivitelező cégek végeznek (2026-ban megalakított vállalatok).

IV.3.2. Új ágy- és eszközpark

Cserére kerül:

- minden kórházi ágy (új, állítható, fertőtleníthető)
- infúziós pumpák
- altatógépek
- műtőasztalok
- kardiomonиторok
- SBO-monitoring rendszerek
- sürgősségi hordágyak

IV.4. Regionális Diagnosztikai és Képképző Központok (RDKK)

Az ASP létrehoz:

- 7 regionális diagnosztikai központot (Észak, Észak-Alföld, Dél-Alföld, Dél-Dunántúl, Nyugat-Dunántúl, Budapest-Pest, Közép-Dunántúl)

Feladatuk:

- a nagy kapacitású diagnosztika (PET-CT, SPECT, nagyfelbontású CT/MRI)
- a ritka diagnosztikai eljárások
- országos telemedicina-központok működtetése

Ezekhez közvetlenül kapcsolódnak:

- megyei kórházak
- járóbeteg-központok
- háziorvosi rendszer

IV.5. Mobil diagnosztikai egységek bevezetése (busz-alapú)

Az ASP program egyedülálló módon mobil egységeket hoz létre:

- mobil CT-busz
- mobil ultrahangbusz
- mobil mammográfiai egységek
- mobil fogászati diagnosztika

Cél:

- hátrányos helyzetű térségek elérése,
- idősek, mozgáskorlátozottak ellátása,
- távoli falvak bevonása a rendszerbe.

IV.6. Digitális modernizáció – EESZT 2.0

Az ASP teljesen új informatikai rendszert vezet be:

- valós idejű képalkotás megosztás,
- leletek automatikus továbbítása,
- orvosok számára országos online konzílium felület,
- időpontfoglalás teljes automatizálása,
- betegek számára saját egészségügyi profil.

A cél egy papírmentes egészségügyi rendszer 2027-re.

IV.7. Minőségbiztosítási és karbantartási rendszer

A berendezésekhez:

- 24/7 szerviz
- évi 2 kötelező karbantartás
- digitális hibajelentés
- automatizált eszköz-monitoring

Ez megelőzi az évtizedes problémát: „meghibásodott a gép → nincs vizsgálat”.

IV.8. Finanszírozási keret a diagnosztikai és infrastruktúra-reformhoz

Az ASP 2026–2027-es költségvetésében külön alap:

- 1 200 milliárd forint eszközbeszerzésre,
- 900 milliárd forint felújításra,
- 200 milliárd forint digitális rendszerre,
- összesen: 2 300 milliárd Ft két év alatt.

Ez a keret a 2026-os NER-vagyon visszavételéből és a 2027-es adóbevételek bővüléséből áll.

Összegzés

A diagnosztikai és infrastruktúra-reform célja:

- a várólisták megszűnése,
- a gyors diagnózis,

- modern kórházak,
- országosan egységes ellátási színvonal,
- a magyar egészségügy technológiai felzárkóztatása Európa élvonalához.

V. FEJEZET

A JÁRÓBETEG- ÉS FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS ÁTALAKÍTÁSA

V.1. A fejezet célja és kiindulópontja

A magyar egészségügyi rendszer egyik legkritikusabb területe a járó- és fekvőbeteg-ellátás kettőssége. A jelenlegi struktúra:

- túlterhelést okoz a kórházakban,
- aránytalan kapacitásokat fenntartó,
- nagyfokú területi egyenlőtlenségeket mutat,
- hosszú várólistákat generál,
- és nem támogatja kellően az egynapos ellátások, ambuláns műtétek széles körű alkalmazását.
-

Az ASP célja: egy korszerű, gyors, betegközpontú, technológiailag modern ellátórendszer létrehozása, amelyben a fekvőbeteg-ellátás csak akkor szükséges, ha a beteg állapota ezt indokolja.

Ez a fejezet a következőkre fókuszál:

- a járóbeteg-ellátás megerősítése,
- a fekvőbeteg-kapacitások ésszerű újratervezése,
- az egynapos műtétek radikális bővítése,
- a sürgősségi rendszer tehermentesítése,
- modern diagnosztikai hálózat kiépítése.

V.2. A járóbeteg-ellátás jelenlegi problémái

1. Elégtelen kapacitások
Sok szakrendelő túlterhelt, személyzethiányos, felszerelései elavultak.
2. Hosszú várólisták
Bizonyos szakmákban (pl. ortopédia, kardiológia, nőgyógyászat) 30–90 napos is lehet egy időpont.
3. Hiányos diagnosztikai infrastruktúra
Kevés MRI, kevés ultrahang, kevés modern laborautomata — ez növeli a kórházi terhelést.
4. A szakrendelők nyitvatartása elavult
7:30–14:00 közti működés a dolgozók többségét hátrányosan érinti.
5. A sürgősségi ellátás indokolatlan terhelése
Jelenleg a sürgősségi osztályok 40–60%-át járóbeteg-szintű problémák töltik ki.

V.3. Az ASP által javasolt új járóbeteg-modell

1. Az országos járóbeteg-centrumhálózat kiépítése

Minden megyében legalább 3 nagy – heti 12 órás nyitvatartású – „ASP Járóbeteg Centrum” létesül:

- 7:00–19:00 működés

- teljes diagnosztikai csomaggal (MRI, CT, UH, labor)
- legalább 25 szakterület rendelésével
- digitális időpontfoglalással
- 24 órán belüli beutalóvalidálással

2. A diagnosztikai kapacitások megduplázása

2026–2027 között:

- +30 új MRI
- +50 új CT
- +300 új ultrahang
- teljessé tesszük a járóbeteg-labort
- automatizált vérvizsgálati rendszereket telepítünk

3. Az egynapos ellátások radikális bővítése

Az ASP célja: minden műtét, ami orvosilag biztonságos, egynapos rendszerben történjen.

Prioritások:

- sérv
- visszér
- kézsebészet
- nőgyógyászati kisebb műtétek
- ortopéd beavatkozások 40%-a
- szemészeti műtétek 70%-a

Ezzel évente kb. 250–300 ezer kórházi ágyfoglalás kerülhető el.

4. A járóbeteg-rendelők személyzeti stabilizációja

- 30%-os béremelés (ASP program alapján)
- 36 órás munkahét
- betegszám-limit bevezetése
- állami lakhatási program szakdolgozóknak

V.4. A fekvőbeteg-ellátás teljes újratervezése

1. Az ágyszámok racionalizálása

Nem ágyszámcsökkentést jelent, hanem:

- aktív ágyak csökkentése ott, ahol felesleges,
- krónikus és rehabilitációs ágyak növelése ott, ahol szükséges,
- intenzív ellátás egységes standardizálása.

2. Kórházi rangsorrendszer (A–B–C kategória)

A kategória / Regionális Nagykórház

– teljes szakmai spektrum, 0–24 komplex ellátás, új technológiai park.

B kategória / Területi Kórház

– általános műtők, sürgősségi ellátás, diagnosztika.

C kategória / Rehabilitációs és krónikus központ

– hosszú ápolási idők, krónikus betegek ellátása.

Ez modern európai standard.

3. A kórházak műszerezettségi minimuma

2026 végéig minden aktív kórházban:

- új EKG-flották
- teljes teletmetriás megfigyelőrendszerek
- 1–2 új altatógép
- teljes endoszkópos torony
- felújított sterilizáló
- automata gyógyszerelési rendszer

V.5. Sürgősségi ellátás (SBO) tehermentesítése

1. Járóbeteg-centerek 12 órás nyitvatartása → csökkenti a sürgősségi forgalmat.
2. **Triage-rendszer digitalizálása**
3. Ambuláns irányítópontok minden nagy kórházi SBO előtt.
4. 24/7 telefonos és online szakmai irányítóvonal (NHS modell alapján).

Cél: a sürgősségi osztályok valóban sürgős eseteket lássanak el.

V.6. Telemedicina rendszer integrálása

- 2026-tól minden szakrendelő működtet online időpontot is.
- Videóvizsgálatok a kontrollok 40%-ára.
- Krónikus betegkövetés otthoni eszközökkel (vércukor, vérnyomás, pulzus, EKG-patch).
- Diagnosztikai felvételek (MRI/CT) központi kiértékelő hálózata.

V.7. Humán erőforrás-fejlesztés

1. 36 órás munkahét
2. 100% béremelés 2028-ig
3. korkedvezményes nyugdíj
4. képzési ösztöndíjprogram
5. hazatérési támogatás külföldön dolgozó magyar egészségügyiseknek

V.8. Várólisták felszámolása (18 hónapos ASP program)

- diagnosztikai kapacitás duplázása
- esti műszakok 20:00-ig
- egnapos ellátások kibővítése
- bérpótlék a túlórák helyett
- digitális várólista rendszer:
- minden beteg követheti az előrehaladást

- automatikus időpontkiosztás

Eredmény: 2027 végére a legtöbb műtéti várólista 20–40 napra csökken.

V.9. Finanszírozási modell

1. állami keret bővítése (már a költségvetésben szerepel)
2. teljesítményalapú finanszírozás visszahozása
3. minőségi indikátorok beépítése
4. diagnosztikai eszközök állami lízingprogramja

Összegzés

Az ASP egészségügyi reformjának járó- és fekvőbeteg-ellátási pillére:

- megszünteti a fölösleges kórházi terhelést
- modern, gyors diagnosztikát ad
- csökkenti a várólistákat
- növeli az átláthatóságot
- javítja az egészségügyi dolgozók helyzetét
- csökkenti a sürgősségek túlterhelését
- korszerű európai modellt vezet be Magyarországon

VI. FEJEZET

A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS (SBO, TRIÁZS, MENTŐSZOLGÁLAT) KOMPLETT MEGÚJÍTÁSA

VI.1. A fejezet célja és kiindulópontja

A sürgősségi ellátás (SBO, triázs, mentőszolgálat) a magyar egészségügyi rendszer legkritikusabb pontja. A jelenlegi állapot: túlterhelt osztályok, végtelen várakozási idők, kevés szakorvos és ápoló, rossz infrastruktúra, hiányos triázs-protokollok és kaotikus betegút-szervezés.

Cél: német–osztrák szintű sürgősségi rendszer kiépítése, amely

- gyors,
- átlátható,
- személyzetbarát,
- modern technológiával és egységes protokollokkal működik.

VI.2. A jelenlegi sürgősségi rendszer problémái

1. Túlterheltség

- A betegek 60–70%-a indokolatlanul az SBO-ra megy (háziorvosi rendszer működési hibái miatt).
- Az SBO-k 30–40%-os kapacitással tudnának hatékonyan működni, ehelyett 120–200%-os terhelésen működnek.

2. Szakemberhiány

- Az SBO-s orvosok és ápolók kiégése extrém magas (átlag 2–4 év után feladják).
- A triázs-képzés hiányos, nem egységes.

3. Infrastrukturális elmaradás

- Régi épületek, rossz elrendezés, kevés elkülönítő.
- Diagnosztikai eszközök lassúak vagy hiányoznak.
- Nincs labor + képalkotó 15 perces eredménnyel.

4. Mentőszolgálat leterheltsége

- A mentők gyakran kórház előtt várnak 1–2 órát, mert nincs kapacitás fogadni a beteget.
- Nincs egységes elektronikus rendszer: a mentősöktől átadott adatok nagy része még mindig papíron történik.

5. Szervezetlenség, protokollhiány

- Az ország 60 SBO-ja gyakorlatilag 60 különböző rendszerben működik.
- Az ellátás időtartama teljesen változó.

VI.3. A sürgősségi ellátás alapelvei (ASP-modell)

1. „15 perces diagnosztika”

Cél: minden SBO-n 15 percen belül legyen

- vérvételi eredmény (gyorstesztek),
- EKG,
- ultrahang,
- sürgősségi CT-szűrés.

2. Egységes triázs minden kórházban

5 szintű nemzetközi protokoll (ESI vagy CTAS), kötelező érvénnyel.

3. 2 órán belüli döntési kötelezettség

- hazaengedés,
- felvétel,
- továbbküldés,
- megfigyelőben maradás.

4. Mentő → SBO digitális átadás

A teljes betegadat már útközben átmegy a rendszerbe. Érkezéskor nem kell papír.

5. Külön egység akut, krónikus és pszichiátriai esetekre

Az SBO nem lehet „mindenki osztálya”.

VI.4. Infrastruktúra-átalakítás (2026–2027)

1. Új „SBO-komplexumok” kialakítása

Minden megyei kórházban az alábbiak kötelezők:

- külön triázs-zóna
- elkülönítők fertőző betegeknek
- megfigyelő ágyak (minimum 20–30)
- gyorsdiagnosztikai minilabor
- saját CT / ultrahang / röntgen, 15 perces hozzáféréssel
- 24/7 képalkotó személyzet

2. Digitális hívás- és helyfoglalási rendszer

„Sürgősségi kapacitásjelző” országos platformon.

A lakosság látja, melyik kórházban mennyi a várakozási idő.

3. Mentőbejárók bővítése

Minden SBO-n kötelező 2–4 mentős átadó box, ahol a mentés azonnal átadja a beteget.

VI.5. Szakemberreform – a sürgősségi dolgozók támogatása

1. 100% béremelés három év alatt (ASP-program szerint)

- 2026: +30%
 - 2027: +60%
 - 2028: +100%
- Külön pótlék: SBO- és triázs-pótlék +25%.

2. Heti 36 óra kötelező maximum

A túlterhelés megszüntetése.

3. Kiegészítő csökkentő program

- kötelező regenerációs napok
- pszichológiai támogatás
- 6 havonta fizetett továbbképzés

4. Triázs-akadémia

Éves 3 000 fő triázs-képzés.

VI.6. Betegút-szervezés – radikális egyszerűsítés

1. Háromszintű ellátási modell

1. Könnyű esetek → ügyeleti rendszer vagy ügyeleti központ.
2. Középsúlyos esetek → gyors triázs + megfigyelő.

3. Súlyos esetek → azonnali reszuscitációs egység.

2. Betegirányítás mesterséges intelligenciával

Országos applikáció, amely megmutatja:

- hová érdemes menni
- mennyi a várakozás
- mentőt kell-e hívni
- van-e kapacitás a közelben

3. Betegek szétosztása régiós központok között

A rendszer automatikusan továbbítja a beteget a legközelebbi szabad kapacitáshoz.

VI.7. Országos Mentőszolgálat (OMSZ) modernizációja

1. 25% új mentőautó 2026–2027 között Prioritás a nagyvárosok és a Balaton térsége.

2. Mentős béremelés külön ágazati pótlékkal +25% mentésügyi pótlék.

3. 8 perces kiérkezési cél visszaállítása Jelenleg 12–18 perc.

Cél: 8–9 perc országos átlag.

4. Mentősök digitális eszközellátása

- tablet minden egységen
- valós idejű EKG továbbítás SBO-ra
- automatikus e-dokumentáció

VI.8. Finanszírozási reform

1. Új sürgősségi HBCS (díjazás)

Az SBO-n ellátott betegek után:

- gyorsabb finanszírozás
- külön díj az azonnali képalkotókért
- plusz díjazás éjszakai és hétvégi működésre

2. Mentőszolgálat teljes finanszírozási újraszámítása

A riasztások komplexitása alapján (német modell).

VI.9. A változtatások várható eredményei 2027-re

- várakozási idő 2–6 órától → 45–90 percre csökken
- 8 perces mentőkiérkezés visszaáll
- SBO-dolgozók kiégése 60%-ról → 20% alá
- országos diagnosztikai idők radikális csökkenése
- évi 20–30 ezer beteg életét menti meg a gyorsabb ellátás

- drasztikusan kevesebb panasz, káreset, médiabotrány

Összegzés

Az ASP sürgősségi reformja a magyar egészségügy egyik legnagyobb lélegzetű átalakítása. Ha ez a fejezet megvalósul, a magyar sürgősségi ellátás 30 év lemaradását hozza be 2 év alatt, és EU-s szintre emeli a rendszer biztonságát, gyorsaságát és minőségét.

VII. FEJEZET A MENTŐSZOLGÁLAT ÉS SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS ÁTALAKÍTÁSA

VII.1. A fejezet célja és stratégiai jelentősége

A sürgősségi ellátás és a mentőszolgálat állapota közvetlenül befolyásolja a halálozási statisztikákat, a betegbiztonságot, valamint az egészségügyi rendszer működőképességének társadalmi megítélését.

Az ASP teljes reformprogramjában a mentésügy külön fejezetet kap, mert:

- az első 60 perc („aranyóra”) a túlélés alapja,
- sürgősségi osztályok jelenlegi túlterheltsége rendszerszintű probléma,
- az OMSZ humán erőforrás-krízisben van,
- a sürgősségi ellátási idő kritikus.

Az ASP célja egy gyors, kiszámítható, modern, jól fizetett és jól felszerelt mentésügyi rendszer, amely 2027-től európai szinten működik.

VII.2. Kiinduló problémák és rendszerszintű hibák feltárása

1. Mentőegységek hiánya

- sok településen minimális készenlét,
- 10–15 éves mentőautók még mindig futnak,
- hiányos eszközpark (defibrillátor, ultrahang, EKG stb.).

2. Megszökött munkaerő

- túlterhelés,
- kevés fizetés,
- kiégés,
- külföldre vándorlás,
- másod- és harmadállások.

3. Sürgősségi osztályok blokkolása

A betegek 30–40%-a nem sürgősségi, mégis oda viszik őket, mert:

- nincs elegendő alapellátás,
- nincs triázs megfelelően,
- nincs alternatív ellátási útvonal.

4. „Mentőhívási kultúra” hibái

- rengeteg indokolatlan hívás (évente 200–300 ezer),
- nincs valós telefonos elő-triázs rendszer.

5. Szakmai protokollok elavultsága

- protokollok 8–10 évesek,
- nincs egységes országos digitális irányítás.

VII.3. ASP-program: A mentőszolgálat teljes megújítása

1. Mentőautó-flotta modernizálása (2026–2028)

- 2026 II. félév: 200 új mentőautó beszerzése
- 2027-ben további 350 darab
- 2028-ban évente 100 darabos rotáció

Minden új jármű felszereltsége:

- hordozható ultrahang
- 12 elvezetési EKG
- modern defibrillátor
- video-laringoszkóp
- digitális adatkapcsolat a kórházakkal
- automata mellkaskompressziós gép

2. Sürgősségi osztályok tehermentesítése

ASP-bevezetés:

- Új triázközpontok nagyvárosokban (Budapest 3, vidéken 7)
- gyors vizsgálat, szűrés, diagnosztika
- a sürgősségi osztály csak valóban sürgős eseteket kap

3. Mentőtiszt rendszer megerősítése

- kötelező 24 órán belüli online továbbképzések
- új, államilag finanszírozott mentőtiszt-képzés
- pályán tartó bér + külön műszakpótlék

4. Bérreform a mentőszolgálatnál

2026 : +30%

2027 : +60%

2028 : +100% (2025-höz képest)

További juttatások:

- mentésügyi veszélyességi pótlék: +15%
- hétvégi pótlék: +20%
- speciális esetszám után prémium

5. Regionális Mentésirányítási Központok

2026–2027:

- új szervezeti egységek
- valós idejű adatkapcsolat
- riasztási idő csökkentése 8–10 percre

VII.4. Digitális integráció és valós idejű irányítás

1. AI-alapú riasztási rendszer

- gyorsabb esetfelismerés
- automatikus triázs
- mentőegységek optimális kiosztása

2. Mentő–kórház adatkapcsolat

- kórház előre látja a beteg érkezését
- labor, röntgen, traumaorvos értesítve
- csökken az ajtó–ballon idő (infarktusnál)

3. Digitális mentőstátusz rendszer

- esetszám, terhelés, egységszintű riportok
- valós idejű kapacitástervezés
- minőségbiztosítás

VII.5. Új sürgősségi protokollok (2026 II. félév)

1. Újraélesztés egységesítése

Minden mentőautón kötelező LUCAS vagy AutoPulse rendszer.

2. Stroke-protokoll továbbfejlesztése

- előszűrés már helyszínen
- CT-k prioritása a sürgősségi érkezéshez
- cél: 40 percen belüli trombolízis

3. Infarktus-protokoll

- országos STEMI-központok megerősítése
- gyorsított PCI-bejutás
- cél: 60 percen belüli katéteres ellátás

4. Baleseti ellátás reformja

- nagy baleseti centrumok bővítése
- traumahelikopter program 10 helikopterrel

VII.6. Humánerőforrás-terv és megtartási program

1. 36 órás munkahét

Mentőknél kötelezően bevezetve, túlórákkal együtt is kiszámítható rendben.

2. Mentőtiszt / mentőápoló életpályamodel

- alapképzés teljes finanszírozása
- 3 évenkénti kompetenciaemelés
- béremelés automatizálva

3. Egészségügyi pszichológiai támogatás

- kiegészítő megelőző program
- anonim, ingyenes konzultációk
- krízis utáni debriefing

VII.7. Lakossági edukáció és felelősségvállalás

1. Mentőhívási kulturális kampány

„A mentő nem taxi – a mentő életet ment.”

2. Kötelező újraélesztés-oktatás

- középiskolában
- jogosítványszerzés előtt
- nagyvállalatoknál évente

VII.8. Mérőszámok és eredményességi kritériumok (2027–2030)

Konkrét célok:

- riasztási idő: 15 percről 8 percre
- infarktusos halálozás: –20%
- stroke utáni maradandó károsodás: –25%
- sürgősségi várakozási idő: 6 órától 2 órára
- mentőállomány fluktuációja: –40%

Összefoglalás

A sürgősségi és mentésügyi reform az egész program egyik legfontosabb pillére. A jelenlegi rendszer összeomlások közeli állapotban van, és a gyors, erős beavatkozás életmentő.

Az ASP reformja:

- modern,
- humánus,
- rugalmas,
- jól fizetett,
- digitálisan vezérelt
- és fenntartható mentésügyet hoz létre.

VIII. FEJEZET

A GYÓGYSZERELLÁTÁS ÉS GYÓGYSZERÁR-SZABÁLYOZÁS REFORMJA

VIII.1. A fejezet célja és kiindulópontja

A magyar gyógyszerellátás évek óta több, egymással összefüggő problémával küzd:

- magas gyógyszerárak,
- jelentős lakossági önrész,
- hosszú ellátási láncok miatt kialakuló hiánycikkek,
- alulfinanszírozott patikahálózat,
- gyenge állami kontroll a nagykereskedelem felett,
- profitmaximalizáló multinacionális gyógyszercégek dominanciája,
- a generikumok alacsonyabb aránya, mint az EU-átlag.

A fejezet célja: egy olyan új rendszer kidolgozása, amely csökkenti a lakossági gyógyszerkiadásokat, stabilizálja a patikák működését, növeli az ellátás biztonságát, és átláthatóvá teszi az árazást.

VIII.2. Átfogó állami gyógyszerár-szabályozási reform

Az ASP-kormány bevezeti:

VIII.2.1. A gyógyszerek ársapkával kombinált referenciaár-rendszerét

- A gyógyszerek árát a régiós átlagár alapján kell meghatározni.
- A „túlárzott” gyógyszerek árát automatikusan csökkenteni kell.
- Az árszabályozás átlátható, negyedéves jelentéshez kötött.

Várható eredmény: 15–25%-os átlagos gyógyszerár-csökkenés 6–12 hónapon belül.

VIII.3. Állami Gyógyszerközpont létrehozása

Az új állami intézmény feladata:

- beszerzés,
- raktározás,
- nagykereskedelmi átláthatóság,
- tartalékkészlet fenntartása,
- hiánycikkek előrejelzése,
- központi ellátási koordináció.

Ez nem államosítást jelent, hanem ellátásbiztonságot.

Az állami gyógyszerközpont:

- versenyt teremt,
- csökkenti a nagykereskedelmi felárakat,
- stabilizálja a patikák gyógyszerellátását.

VIII.4. A patikahálózat megerősítése

VIII.4.1. Finanszírozási támogatási rendszer

- Vidéki, kisforgalmú patikák fix havi támogatást kapnak.
- Átlátható működési normatíva.
- A patikabezárások megállítása.

VIII.4.2. Ügyeleti rendszer teljes újrászervezése

- Minden járásban kötelező, stabil ügyeleti patika.
- Ügyeleti díjemelés.
- Az Állami Gyógyszerközpont biztosítja a készletet.

VIII.5. A generikus és bioszimiláris gyógyszerek arányának növelése

A jelenlegi magyar arány 45–48% körüli, míg EU-s átlag: 60–70%.

Az ASP célja:

- 5 éven belül 70%-os generikumarány,
- preferált támogatási kulcsokkal,
- orvosi protokollok módosításával,
- egészségügyi edukációval.

Betegoldali haszon: éves szinten akár 50–70 milliárd Ft lakossági megtakarítás.

VIII.6. Ingyenes gyógyszerprogram bővítése

Az ASP-program alapján:

VIII.6.1. 14 év alatti gyermekek számára minden alapgyógyszer ingyenes

- lázcsillapítók,
- antibiotikumok (indokolt esetben),
- asztma-inhalátorok,
- allergia elleni készítmények.

VIII.6.2. 65 év felett minden alapbetegség gyógyszere ingyenes

Kiemelten:

- vérnyomáscsökkentők,
- vérhígítók,
- cukorbetegség gyógyszerei,
- koleszterincsökkentők,
- szívritmuszavar kezelése.

VIII.7. Orvos–gyógyszerész együttműködés fejlesztése

VIII.7.1. Elektronikus gyógyszerészi javaslat rendszer

Lehetővé teszi, hogy:

- a gyógyszerész alternatívát javasoljon,
- generikumra válthasson,
- jelezze az orvosnak a hibás vagy veszélyes kombinációt.

VIII.7.2. Betegút-simplex rendszer

Egy tableten vagy mobilon követhető:

- gyógyszereszedés,
- adagolás,
- mellékhatás-jelentés.

VIII.8. Gyógyszerhiány elleni állami protokoll

Az elmúlt években 250–300 gyógyszer folyamatosan hiányzott.

Az ASP bevezeti:

- a kötelező gyártói készletfenntartást,
- az állami importengedély gyorsítását,
- központi hiányjelentési rendszert,
- 90 napos nemzeti gyógyszerertartalékot (fontos életmentő szereknél).

VIII.9. Digitális gyógyszerellenőrzés és e-recept fejlesztés

VIII.9.1. Valós idejű gyógyszerkészlet-követés

- minden patika látja,
- az orvos is látja,
- az állam is látja.

Nincs több felesleges recept, nincs több felesleges kör.

VIII.9.2. e-Recept+

Beépített funkció:

- automatikus emlékeztető
- mellékhatásjelző
- alternatív terápiás javaslat
- kontrollidőpont figyelmeztetés

VIII.10. A gyógyszergyártás hazai fejlesztése

VIII.10.1. Állami Gyógyszergyár újraindítása

A cél:

- olcsó, stabil gyógyszerek gyártása,
- hazai munkahelyek,
- nemzeti ellátásbiztonság.

VIII.10.2. Stratégiai együttműködés a Richter–Egis–TEVA hármassal

- közös kutatás,
- közös gyártás,
- közös export.

VIII.11. Várható eredmények

- 20–25%-kal alacsonyabb gyógyszerárak
- stabil ellátás, kevesebb hiány
- vidéki patikák túlélésének biztosítása
- állami kontroll a gyógyszerbeszerzés felett
- nagykereskedelmi visszaélések minimálása
- több generikum, kevesebb betegteher
- gyermekek és nyugdíjasok gyógyszerköltségeinek drasztikus csökkenése

Összegzés

A gyógyszerellátás átalakítása az egészségügyi reform egyik legkritikusabb pontja. Az ASP-program egy olyan rendszert hoz létre, amely:

- biztonságos,
- olcsóbb,
- megbízható,
- kiszámítható,
- modern,
- államilag kontrollált,
- de nem államosított.

Ez a modell hosszú távon is működőképes, és a szakszervezetek, gyógyszerészek, orvosok számára is előnyös.

IX. FEJEZET

AZ EGÉSZSÉGÜGYI HUMÁNERŐFORRÁS MEGÚJÍTÁSA ÉS STABILIZÁLÁSA

IX.1. A fejezet célja

Ez a fejezet az egészségügyi reform egyik legkritikusabb elemével foglalkozik: a humán erőforrás válságának megszüntetésével, a dolgozók megtartásával, motiválásával és utánpótlásuk biztosításával.

A jelenlegi magyar egészségügy:

- alulfizetett,
- túlterhelt,
- szakemberhiánnyal küzd,
- elvándorlás sújtja,
- és nem képes biztosítani a nyugat-európai szintű betegellátást.

Az ASP-kormány célja:

Magyarország legyen 4 éven belül a közép-európai régió legvonzóbb egészségügyi munkapiaca.

IX.2. A jelenlegi humánerőforrás-krízis tényezői

IX.2.1. Alacsony bérszínvonal

- Az orvosok béremelése megtörtént, de rendszertelen és igazságtalan.
- A szakdolgozók bére elmarad a versenyszférától és Nyugat-Európától.

IX.2.2. Túlzott munkaterhelés

- 48–60 órás munkahét, sok helyen 70 óra.
- Tömeges túlóra, helyettesítések, kiégés.

IX.2.3. Másod-mellékállások rendszere

- Kényszerből vállalják.
- Rontja a minőséget, növeli a hibák számát.

IX.2.4. Elvándorlás

- Fiatal orvosok és ápolók 30–40%-a külföldre megy.

IX.2.5. Képzési rendszer elavultsága

- Kevés gyakorlati képzés, korszerűtlen tananyag, alacsony ösztöndíjak.

IX.3. Az ASP humánerőforrás-stratégiájának alapelvei

1. Bérfelzárkóztatás európai szintre.
2. Munkaidő-csökkentés (heti 36 óra a teljes intézményrendszerben).
3. Több lépcsős szakmai előmeneteli rendszer.
4. Munkavállalói biztonság: kiszámítható szerződések, stabil jogi környezet.
5. Országos életpályamodell bevezetése.
6. Hatékony utánpótlás: ösztöndíjrendszer, lakhatási támogatás, pályakezdők mentorálása.

IX.4. Bér- és juttatási reform (100%-os béremelés rendszerbe illesztve)

IX.4.1. Alapbéremelés – 2026–2028

A béremelés mértéke:

- 2026: +30%**
- 2027: +60%**
- 2028: +100%**

Minden szintre kiterjed:

- orvos,
- ápoló,
- betegszállító,
- műtős,
- asszisztens,
- mentős,
- adminisztrátor,
- takarító és műszaki személyzet.

IX.4.2. Lakhatási támogatás (új elem)

40 év alatti egészségügyi dolgozóknak:

- havi 80 000 Ft támogatás,
- vagy szolgálati lakás biztosítása.

IX.4.3. Utazási kedvezmény

- országos bérlet **INGYENES** minden egészségügyi dolgozónak.

IX.4.4. Cafeteria-rendszer

- évi bruttó 500 000 Ft cafeteriakeret
- SZÉP-kártya + egészségpénztár + üzemanyag

IX.5. Munkaidő-reform: heti 36 óra

IX.5.1. A heti 36 órás munkarend bevezetése

- 2026–2027 között fokozatos bevezetés
- Ügyeletek újraszervezése
- Osztott műszakok optimalizálása

IX.5.2. Másodállások kivezetése

Nem tiltás —kiváltás.

A dolgozók akkor fogják elhagyni a mellékállásokat, ha:

- rendesen meg vannak fizetve,
- nem égnék ki,
- kiszámítható a munkaidejük.

Az ASP program ezek feltételeit megteremti.

IX.6. Pályaelhagyók visszacsábítása

Az elmúlt 10 évben 12–15 ezer egészségügyi dolgozó hagyta el a szakmát.

Visszacsabítási program:

1. „Visszatérők prémiuma”: egyszeri 500 000 Ft.
2. Kedvezményes, gyorsított továbbképzés.
3. Munkaidő- és bérgarancia két évre.

IX.7. Utánpótlás – ösztöndíj- és képzési rendszer megújítása

IX.7.1. Egészségügyi Ösztöndíjprogram

- havi 120 000 Ft ösztöndíj az ápolói és orvosi képzésben.
- 3 év hazai munkavállalási kötelezettség → de csak ösztönző, nem büntető jellegű.

IX.7.2. Modern gyakorlati képzőközpontok

Minden megyében:

- szimulációs laborok,
- robotsebészeti gyakorlók,
- digitális oktatási rendszer.

IX.8. Kiegész-, és stresszkezelési program (új elem)

IX.8.1. Országos Kiegészmegelőző Program

- pszichológiai tanácsadás
- konfliktuskezelés
- fizikai regenerációs csomag
- évente 5 nap fizetett mentálhigiénés szabadság

IX.9. A humánerőforrás digitalizációja

IX.9.1. Országos Munkaerő-elosztó Központ

Feladata:

- személyzet optimális elosztása kórházi szinten,
- váratlan hiányok automatikus kezelése,
- mesterséges intelligencia alapú kapacitás-tervezés.

IX.10. A humánerőforrás-stabilizáció eredményeinek mérhetősége

Mérőszámok:

- fluktuáció csökkenése 40%-ról 15%-ra
- üres álláshelyek számának csökkenése
- külföldre távozók arányának visszaesése
- munkahelyi elégedettség 70% fölé emelése
- várólisták csökkenése munkaerő-oldali kapacitásnövekedés miatt

Összegzés

A humánerőforrás a magyar egészségügy gerince.

Az ASP program ezzel a fejezettel:

- az EU egyik legjobb bér- és juttatási rendszerét hozza létre,
- csökkenti a terhelést,
- visszahozza a pályaelhagyókat,
- megtartja a fiatalokat,
- stabil, motivált, kiszámítható szakmai közösséget épít.

X. FEJEZET AZ ASP EGÉSZSÉGÜGYI REFORM ZÁRÓ FEJEZETE (2026–2030)

„TELJES ÚJJAÉPÍTÉS, ÁTLÁTHATÓ IRÁNYÍTÁS, MINŐSÉG ÉS BIZTONSÁG”

X.1. A reform céljának összefoglalása

Az Alternatív Szabadság Párt 2026–2030 közötti egészségügyi reformja egy komplett, rendszerszintű újjáépítési program, amely:

- felszámolja a Fidesz alatt keletkezett összeomlott ellátórendszert,
- visszaépíti az állami ellátás biztonságát,
- megduplázza az egészségügyi munkavállalók bérét és megbecsülését,
- decentralizált, hatékony, átlátható ellátást hoz létre,
- a páciens helyezi a rendszer középpontjába,
- garantálja a modern diagnosztikai és sürgősségi ellátást minden magyar számára,
- megszünteti a várólistákat és a hálapénz kultúráját,
- végrehajtja 14 hónap alatt a teljes műszaki és eszközpark modernizációját.

A reform nem kozmetikai, hanem teljes újratervezés.

X.2. A rendszer új alapelvei (ASP-egészségügyi doktrína)

1. Állami alapellátás – garantált és ingyenes 14 éves korig és 65 év felett.
2. Biztonságos, kiszámítható munkarend az egészségügyben: heti 36 óra.
3. Szakmai önállóság visszaállítása – politikai irányítás megszüntetése.
4. Technológiai ugrás – modern képalkotó és sürgősségi rendszer.
5. Területi egyenlőség – minden régióban azonos minőségű ellátás.
6. Digitális alapon működő rendszer – valós idejű betegút.
7. Az állami ellátás megerősítése → a magánszektor kiegészítő szerepben marad.
8. Zéró tolerancia a korrupcióval szemben.
9. Átlátható finanszírozás, központosított ellenőrzéssel.
10. Betegközpontú szemlélet – a rendszer a betegért létezik, nem fordítva.

X.3. A reform végrehajtásának fő szakaszai (2026–2030)

X.3.1. 2026 II. félév – Stabilizáció

- Válságdiagnózis felvétel.
- Kórházak és rendelők műszaki auditja.
- Sürgősségi osztályok azonnali megerősítése.
- Munkaidőcsökkentés előkészítése.
- 14 hónapos beruházási program elindítása.
- Bérfejlesztés első üteme (30%).
- Központi betegirányítási rendszer tervezése.
- Állami beszerzési monopólium megszüntetése.

X.3.2. 2027 – Teljes modernizáció (év 1)

- Rendelők és kórházak felújításának kezdete.
- Diagnosztikai géppark cseréje → MRI, UH, CT.
- Egynapos sebészetek központosítása.
- Bérfejlesztés második üteme (60%).
- Régiós egészségügyi központok létrehozása.
- Telemedicina és digitális betegút bevezetése.

X.3.3. 2028 – Rendszerszintű üzembe helyezés

- 14 hónapos felújítások lezárása.
- Sürgősségi hálózat új modellje éles üzemben.
- Járóbeteg-ellátás bővítése → „közelebb a beteghez”.
- Bérfejlesztés harmadik üteme (100%).
- Kompetencia-alapú műszakbeosztás.
- Állami gyógyszergyár és gyógyászati eszközgyár indulása.

X.3.4. 2029 – Teljes kapacitásra állás

- Műszaki állomány 100%-os megújulása.
- Kórházi fertőzések számának radikális csökkentése.
- Modern ápolási modell (nemzetközi sztenderd).
- Új alapellátási törvény életbe lépése.
- Digitális rendszer országos kiterjesztése.

X.3.5. 2030 – Fenntartható működési modell

- Intézmények teljes átvilágítása.
- Finanszírozási modell véglegesítése.
- Bér- és humánerőforrás-stabilitás.
- A magyar egészségügy visszaemelése Európa középmezőnyébe.

X.4. Átlátható irányítás és governance-modell

1. Egészségügyi Központi Irányító Hatóság (EKIH) létrehozása
– szakmai, nem politikai szervezet.
2. Régiós Egészségügyi Igazgatóságok (REI)
– decentralizált működés.
3. Éves szakmai minimumkövetelmények
– teljesítményalapú finanszírozással.
4. Betegjogi biztosok erősítése
– minden régióban elérhető.
5. Éves nyilvános jelentés az egészségügy állapotáról.

X.5. A reform sikerességének mérőszámai (KPI)

A 2026–2030 közötti időszak végére:

- A várólisták ideje:–80%
- Sürgősségi várakozás:max. 60 perc
- Diagnosztikai idő:MRI: 48 óra, CT: 24 óra
- Kórházi fertőzések:–60%
- Betegek elégedettsége:+50%
- Ápolói fluktuáció:–40%
- Orvosok elvándorlása:–70%
- 24 órás betegút-nyomonkövetés:100% lefedettség

X.6. A reform üzenete a magyar társadalom felé

Az ASP helyreállítja az egészségügyet. Nem kozmetikázunk, nem toldozunk — újjáépítünk.

A magyar ember:

- kapjon biztos ellátást,
- ne várjon hónapokat diagnosztikára,
- ne kerüljön életveszélybe a rendszer hibája miatt,
- ne fizessen hálapénzt,
- és kapjon méltó bánásmódot.

Az egészség nem üzlet. Az egészség közszolgáltatás. Az egészség az ország alapja.

X.7. A reform záró gondolata

Az Alternatív Szabadság Párt 2026–2030 közötti egészségügyi reformja a rendszerváltás óta a legnagyobb állami modernizáció.

A cél:

- visszaadni a biztonságot,
- visszaadni a megbecsülést,
- visszaépíteni a szolgáltatás minőségét,
- garantálni a XXI. századi ellátást
- minden magyarnak, jövedelemtől, lakhelytől és életkortól függetlenül.