

Adósságspirál, mesterséges intelligencia, mentális krízis: merre tart a magyar egészségügy 2026-ban?

Összefoglaló a 2025-ös IME Menedzsment és Leadership Konferenciáról

A szektor előtt álló legégetőbb kihívásokat vázolták fel az IME egészségügyi szaklap XXIV. Menedzsment és Leadership Konferenciájának előadói 2025. december 2-án. Az eseményen, amelyet a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság (MEMT) szervezett, a kórházi adósságrendezés új modellje, a mesterséges intelligencia robbanásszerű térnyerése, valamint a gyógyítók aggasztó mentális állapota is szóba került, miközben a szakértők arra is választ kerestek, képes-e győzni a szakmai racionalitás a politikai ciklusok felett 2026-ban.

A korábbi, utólagos és passzív konszolidáció helyett proaktív, adatvezérelt és ösztönző alapú rendszer kialakítására van szükség – vázolta az intézményi adósságspirál okait feltáró előadásában **Ivány Vilmos**, a Semmelweis Egyetem EKK EMK mesteroktatója. A kórházak adósságkezelésében szükséges paradigmaváltás legfontosabb pillérei között említette az „egymásra mutogatás” ördögi körének megtörését, amikor az intézmények a kevés pénzre, az állam pedig a rossz gazdálkodásra hivatkozik. A szakember szerint szét kell választani az eladósodás belső és külső okait. Míg a finanszírozási problémák között az egyes ellátások (sebészet, belgyógyászat) alulfinanszírozottságát említette, a menedzsmentfüggő gazdálkodási hibák sorában a kapacitások rossz kihasználását vagy a hatékonyság hiányát hozta fel. A paradigmaváltás egyik legfontosabb eleme az új típusú keretrendszer, a tolerálható adósság modellje, amely figyelembe veszi a kórház szakmai összetételét. Ha a szolgáltató ezen belül marad, az állam automatikusan rendezi a számláit, ha viszont túllépi azt, kötelező átvilágítás és beavatkozás történik. Ivány Vilmos egy innovatív információs rendszer bevezetését szorgalmazta, amely objektív mérőszámok alapján értékeli a menedzsment teljesítményét, a jól gazdálkodó intézmények több forráshoz jutnának, míg a rosszul teljesítők szorosabb ellenőrzés alá kerülnének. A HBCs súlyszámait a valós költségekhez kell igazítani az üzemméret figyelembevételével, hiszen egy kisebb kórházban ugyanaz a beavatkozás drágább, mint egy nagy központban, ahol a veszteség kiegyenlíthető a megfelelően finanszírozott ellátások után járó kifizetésekből. Ivány Vilmos szerint a kórházak éves, mintegy 140 milliárd forintos adósságának fenntartható szintre való csökkentése nem csupán pénzkérdés, hanem egy új vezetési kultúra és mérési rendszer bevezetését igényli.

FELÜLÍRTHATJA A POLITIKA A RACIONALITÁST 2026-BAN?

Az ágazat helyzetéről adott átfogó elemzést **Őri Károly**, az ILEX Vezetési Tanácsadó Kft. ügyvezető igazgatója. Értékelése szerint a 2025-ös év a „rendrakás és az új struktúrák élesedésének” éve, míg 2026 a fenntarthatóság próbaköve lesz – a parlamenti választások tükrében.

A szakember az átmenet évének nevezte 2025-öt, amikor kezdtek beérni az alapellátás vagy az ügyeleti rendszer átalakításának eredményei, ám a finanszírozási feszültségek továbbra is jelen vannak. Bár az egészségügyi költségvetés növekedett, az infláció és a technológiai költségek emelkedése miatt az ágazat reálértéken nem tudott ebből profitálni. 2025-ben megszilárdult a vármegyei irányító kórházakra alapozott új struktúra, de a centralizáció – így például a Közbeszerzési és Ellátási Főigazgatóság (KEF) által átvett fenntartási feladatok sora – operatív nehézségeket okozott az intézmények napi működésben. Kritikus pontként a magánszektor elszívó erejét emelte ki, ami a megemelt orvosbérek ellenére is érzékelhető.

A 2026-os évre vonatkozóan **Őri Károly** egy komplexebb és politikai szempontból is érzékenyebb időszakot vázolt fel, amikor a választási kampány miatt a drasztikus strukturális átalakítások várhatóan lelassulnak, a hangsúly a „politikai stabilitás” irányába tolódik. Mivel a költségvetési források korlátosak, 2026-ban a fő kérdés az lesz, hogy a „tolerálható adósság” modellje képes-e megállítani a kórházak adósságspirálját. Az idei évben elkerülhetetlenné válik a magán- és közellátás közötti viszony rendezése – szögezte le a szakember, hozzátéve, hogy a 2026-os év nagy kérdése az lesz, hogy a magyar egészségügy képes-e az eddig alkalmazott „tűzoltás” módszertanából átlépni egy tervezhető, üzleti alapokon is értelmezhető működésbe, vagy a politikai ciklus ismét felülírja majd a szakmai racionalitást.

KISZÁMÍTHATÓSÁG KONTRA CENTRALIZÁCIÓS KIHÍVÁSOK

A 2026-os év lesz az első olyan teljes év, amikor kiderülhet, hogy az állami kontroll és az előre tervezett adósságkezelés kombinációja valóban megállítja-e a kórházi tartozások növekedését, vagy csak adminisztratív úton elfedi a problémákat – így foglalható össze a konferencia első szekcióját záró kerekasztal-beszélgetés, amelynek során az elmúlt időszakban történt strukturális és finanszírozási átalakítások nyomán létrejövő új gazdálkodási környezetet járták körül a résztvevők.

A finanszírozás megváltoztatása nem csupán pénzkérés, hanem a transzparencia eszköze – fejtette ki **Lengyel László**, a Belügyminisztérium egészségügy finanszírozásáért és fejlesztéséért felelős helyettes államtitkára. Kiemelte, hogy az új „peremfeltételek” alapja a valós idejű adatszolgáltatás; a tárca intézkedései azt szolgálják, hogy átlássák a költségszerkezetet, mielőtt újabb forrásokat nyitnak meg az intézmények számára. Hangsúlyozta, hogy a 2025-ben bevezetett új szabályok célja a „szétaprózottság” megszüntetése. A KEF feladatátvétele lehetővé teszi, hogy a kórházigazgatók a szakmai hatékonyságra és a humánerőforrás-menedzsmentre koncentrálhassanak. Míg Ivády Vilmos a „paradigmaváltás” technikai részleteit vázolta fel, és a benchmarking szigorúbb alkalmazását szorgalmazta, **Fendler Judit**, a Szege-di Tudományegyetem kancellárja a rugalmasság és a stabilitás egyensúlyára hívta fel a figyelmet. Rámutatott, hogy az egyetemi központok a legnehezebb eseteket látják el, ahol a HBCs-súlyszám forintértéke sokszor köszönőviszonyban sincs a tényleges anyag- és gyógyszerköltséggel. Bár üdvözölte a kiszámíthatóságot, de figyelmeztetett, hogy a túlzott centralizáció lassíthatja a betegellátást.

A napi túlélés és a stratégiai tervezés ellentmondásaira mutatott rá **Tóth Gábor**, a Magyar Kórhákszövetség elnöke, aki arra utalt, hogy hiába az új finanszírozási modell, ha a dologi költségek árának drasztikus emelkedését nem követi le a rendszer.

Véget kell vetni az utólagos konszolidáció korszakának, a stabilizáláshoz kiszámítható finanszírozásra lenne szükség – értettek egyet a résztvevők, ahogyan abban is konszenzus alakult ki, hogy bár folyik, ám a mindennapi betegellátásban még kevésbé éreztetni a hatását a HBCs súlyszám korrekció, illetve a digitalizáció kínálta lehetőségeket jobban ki lehetne használni nemcsak döntéshozói, hanem intézményvezetői szinten is.

INTEGRÁCIÓ, ÁLLAMOSÍTÁS, INFORMATIKAI KÉNYSZERPÁLYA

A magyar egészségügy strukturális átalakulása nem csupán elméleti folyamat, hanem húsba vágó menedzsmentkihívás, amely egyszerre követel meg stratégiai együttműködést, küzdelmes jogi kiváltásokat és aggasztó digitális átállást. A konferencia második szekciójában három különböző terület – a vármegyei integráció, a képződi diagnosztika államosítása és a kórházi informatika egységesítése – mutatta meg az átalakulás valódi arcát.

A hevesi modelltől **Stankovics Éva**, a Heves Vármegyei Markhot Ferenc Oktatókórház főigazgatója számolt be, aki szerint az új struktúra sikere az „egységben az erő” elvén nyugszik. Az irányító kórházi szerep nem csupán hatalmat, hanem felelősséget is hoz magával a vármegyei intézmények számára. Egerben a gyakorlatba ültetett integrációt dedikált projektcsoportok segítették. Szeptemberre befejeződött a labordiagnosztika centralizációja, amely közreműködői szerződésekkel és rendezettebb infrastruktúrával tette hatékonyabbá a városi kórházak ellátását. Közös informatikai hát-

térrel sikerült a vármegyei patikai feladatokat rentábilis, magas szakmai színvonalú rendszerbe fogni.

A centralizáció és a minőségbiztosítás összefüggéseire is rámutatott **Ajzner Éva**, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház (SZSZBMK) főigazgatója és a laboratóriumi diagnosztikai osztály osztályvezető főorvosa, aki úgy vélte, a laborok összevonása nem a spórolásról szól önmagában, hanem arról, hogy a megye minden pontján ugyanolyan minőségű leletet kapjon a beteg. A komplex, nagy műszerigényű vizsgálatokat a megyei központ végzi, míg a kisebb telephelyeken – központi szakmai felügyelettel – megmarad a „point-of-care” és a sürgősségi diagnosztika. Az SZSZBMK laboratóriuma az ország egyik legmodernebbje, ahol preanalitikai robotrendszerek dolgozzák fel a mintákat, ami minimalizálja az emberi hiba lehetőségét. A centralizált rendszer lehetővé teszi, hogy a megyei szinten összegyűlt óriási mintaszám miatt a legmodernebb, egyébként drága reagenseket és technológiákat is gazdaságosan lehessen üzemeltetni, emellett a centralizált modell a távleletezés és központi validálás lehetőségével választ ad a szakorvoshiányra is.

A stratégiai önállóság visszaszerzése sokszor rögzös út – ahogy azt **Bakos Gábor**, a Fejér Vármegyei Szent György Kórház főigazgatója illusztrálta a CT- és MR-szolgáltatások államosítása kapcsán. A 2023-as jogszabályváltás vetett véget egy 1999 óta fennálló, a kórház számára gazdaságilag előnytelen közreműködői konstrukciónak. Az átállás azonban komoly HR-kockázatokkal járt: a többszöri halasztás bizalmatlanságot szült, elsősorban a szakdolgozók körében. Végül egy 116 pontos akciótervvel, egyéni béralkukkal és az utolsó pillanatban befutó engedélyekkel sikerült HR-vesztés nélkül átvinni az összesen 11 helyszínen működő gépparkot. A tanulság egyértelmű: a határidők bizonytalansága a végrehajtás legnagyobb ellensége.

Míg az operatív területeken sikereket is elkönnyelhettek az elmúlt évek strukturális átszervezései nyomán, az informatikai fronton sötétebb a kép bontakozik ki. **Király Gyula**, a Hospitely Kft. stratégiai igazgatója szerint a kórházi szoftverpiac gyakorlatilag a megszűnés szélére sodródott az állami e-MedSol medikai rendszer kötelező és kizárólagos bevezetése nyomán. Bár a határidő 2025 vége, az intézmények jelentős része – köztük számos megyei és országos centrum – még nem állt át. A szakértő szerint az átállásért felelős ESZFK túlterhelt, a korábbi piaci beszállítók pedig elvéreztek a folyamat során. A rendszer moduljai hiányosak, a szolgáltatási színvonal megőrzése pedig kérdéses. Király Gyula szerint ez a projekt jelenleg „eredménytelen”, ahol a merev határidők és a monopolhelyzet nem fejlődést jelent, hanem kockázatot hordoz az ellátás biztonságára nézve.

AZ „ORVOSOLIGARCHÁK” ÉS A RENDSZERSZINTŰ BIZALMI VÁLSÁG

Hiába vezették ki a paraszolvenciát a magyar egészségügyből, a várt rendszerváltás elmaradt, sőt, egy társadalmilag mélyen igazságtalan, kettős struktúra rögzült – derült ki a

konferencia második kerekasztala mellett, amelyet **Ónodi-Szűcs Zoltán**, a Debreceni Egyetem egészségügyi kancellár-helyettesének előadása vezetett fel a „kettős praxis” (dual practice) térnyeréséről.

A diskurzus résztvevői szerint a jelenlegi állapot nem csupán finanszírozási kérdés, hanem egy etikai és irányítási válság tünete, ahol a köz- és magánellátás egészségtelen összefonódása felemésztja a betegek bizalmát. **Álmos Péter**, a Magyar Orvosi Kamara (MOK) elnöke súlyos kritikát fogalmazott meg. Szerinte az úgynevezett „orvosoligarchák” autoriter módon uralják a rendszert, és aktívan – sokszor legálisnak tűnő keretek között – csatornázzák át a betegeket a privát szektorba.

Fájdalmas kettősségre mutatott rá a kamara elnöke: miközben a „kis orvosokat” szigorú ellenőrzőrendszerekkel – az „ujgurok megfigyelőrendszereivel” – vegzálják, a valódi problémákat okozó szűk kisebbség, a „nagyok” érinthetetlenek maradnak. Álmos Péter szerint a megoldás a kötelező kamarai tagság és az etikai rendszer visszaállítása lenne, ami visszaadná a hivatásrendnek az öntisztulás képességét. A szolgálati jogviszony bevezetése után az orvosok váltak a rendszer hibáért felelős céltáblákká, holott ők is a kiszámíthatatlanság áldozatai.

Újlaky Ákos, a Boston Consulting Group (BCG) partnere leszögezte, hogy a „csillámporszórás”, azaz a rendszer szimptomatikus kezelése hatástalan, egyúttal rámutatott a szakmai hatékonyság döbbenetes egyenlenségére is: a statisztikák szerint a manuális szakmákban a műtétek 80 százalékát az orvosok mindössze 20 százaléka végzi. Ez felveti a kérdést, hogy a nyilvántartott 34 ezer orvos valóban ott van-e a betegágyak mellett, vagy egy hatékonyabb betegirányítási modell bevezetésével kevesebb szakember is elegendő lenne a gyógyításhoz. Álmos Péter ezzel vitatkozva azt hangsúlyozta, hogy a technológiai robbanás és az adminisztratív és műszaki háttér személyzet hiánya miatt az orvosigény valójában nem csökkent, csak a munkafeltételek váltak tarthatatlanná.

A vita konklúziója szerint a pénz fontos, de nem elégséges feltétel a betegellátás fejlesztéséhez. Az orvostársadalomnak inflációkövető bérezésre, a kirendelések eltörlésére és egy világos állami koncepcióra van szüksége. Ahogy **Sinkó Eszter**, a MEMENT elnökhelyettese zárta a beszélgetést: a jelenlegi út nem vezet sehová. Elengedhetetlen a köz- és magánszféra szerepének tisztázása és szétválasztása, valamint egy olyan állami irányítás, amely nemcsak utasít, hanem a számonkérés és a betegutak szervezésének felelősségét is felvállalja.

FÓKUSZBAN A MESTERSÉGES INTELLIGENCIA FORRADALMA ÉS A HAZAI BETEGELLÁTÁS KORLÁTAI

Az adatvezérelt egészségügy és a kiberbiztonság kérdései kerültek fókuszba a konferencia negyedik szekciójában, az előadók sorát **Szalóki Katalin**, az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének (AIPM) elnöke nyitotta.

A mesterséges intelligencia legnagyobb előnye az optimalizálás és a gyorsítás. Mivel a technológia „sosem fárad el”, így jelentős emberi erőforrást és költséget spórolhat meg a gyógyszerfejlesztésben, ami rendkívül költséges és időigényes folyamat, hiszen egy-egy új molekula piacra kerülése átlagosan 2,5 milliárd dollárt emészt fel, és 10-15 évbe telik – mondta Szalóki Katalin. A klinikai vizsgálatok egyik legkritikusabb pontja a betegek toborzása, ahol az MI-alapú platformok a globális adatok elemzésével segíthetnek a legmegfelelőbb páciensek gyors és precíz kiválasztásában. A technológia már a tervezési fázisban, a protokollok megírásában és az adminisztrációs terhek csökkentésében is hatékony támogatást nyújt a nyelvi modellek segítségével. Különösen innovatív terület a „digitális ikrek” alkalmazása, amely lehetővé teszi a placebo-kontrollos ágak kiváltását vagy rövidítését, így a betegek hamarabb hozzájuthatnak az innovatív hatóanyagokhoz. Már léteznek teljes egészében az MI által tervezett molekulák, amelyek a humán fázisig is eljutottak, lerövidítve a preklinikai kutatásokat. Magyarországnak ki kell aknáznia az egészségügyi adatokban rejlő lehetőségeket, hogy megőrizze nemzetközi versenyképességét a klinikai vizsgálatok piacán – hívta fel a figyelmet az AIPM igazgatója.

A diagnosztikai képalkotás iránti igény évente 10-12 százalékkal nő, amit a jelenlegi szakorvosszám miatt ma már csak technológiai támogatással lehet kiszolgálni – mondta **Végh Attila**, a QuantumDoctor Kft. ügyvezető igazgatója. Előadásából kiderült az is, hogy az egészségügyi MI-fejlesztések mintegy 80 százaléka a radiológiához kapcsolódik, mivel ez az a terület, ahol a leginkább tud megoldást kínálni a kapacitáshiányra és a leletezési terhek mérséklésére. Az MI-rendszerek szenzitivitása bizonyos képalkotó eljárásoknál már meghaladja a 90 százalékot, így hatékonyan szűrjük ki a negatív eseteket, tehermentesítve ezzel a radiológust. Bár a technológia pontossága és gyorsasága bizonyított, Magyarországon a finanszírozás még kihívást jelent, mivel sem az állami, sem a magánszolgáltatók nem fizetnek szívesen felárat az MI-vel támogatott diagnózisért. Végh Attila szerint a jövő nem az orvos kiváltásáról, hanem a munkafolyamatok automatizálásáról szól, ahol az MI egy döntéshozatali segítő eszköz, de a kritikai felelősség és az empátia továbbra is a szakorvosnál marad.

A NATO-n belül a mesterséges intelligencia alkalmazása már nem csupán választási lehetőség, hanem kötelező, hiszen 2023 óta belső irányelv írja elő annak használatát és fejlesztését a hatékonyság növelése érdekében – derült ki **Kecskés Attila** előadásából. A NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központjának munkatársa elmondta azt is, hogy a katonai egészségügyben az MI elsődleges feladata a döntéstámogatás, ami a veszteségek becslésében és a logisztikai folyamatok valós idejű optimalizálásában segít. Kifejlesztettek egy korai észlelő rendszert, amely 40 pontos tünetlista alapján képes a zárt katonai bázisokon a fertőző betegségek és járványkitörések azonosítására még az orvosi diagnózis felállítását megelőzően. A rendszer hatékonyságát egyelőre gátolják a nemzeti adatbázisok közötti kompatibilitási problémák és az amerikai adatokhoz való korlátozott hozzáférés,

de a cél egy szövetségi szintű, szabványosított adatkonzolidáció. A katonai tapasztalatok a civil egészségügyben is használhatók lennének, különösen a sürgősségi betegellátás szervezésében, a járványügyi védekezésben és a reziliencia erősítésében.

Az orvosok és ápolók közel felét érinti a depresszió vagy a szorongás, az öngyilkossági gondolatok és az alkoholfüggőség pedig jóval gyakoribb körükben, mint az átlagpopulációban – mutatott rá az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodája által 2024–2025 folyamán végzett MeND (Mental Health of Nurses and Doctors) kutatása. Az orvosok és ápolók mentális egészségét vizsgáló nagyszabású felmérést az Európai Unió 27 tagállamában, valamint Izlandon és Norvégiában végezték, az előzetes adatokat 2025 októberében tették közzé. A hazai vonatkozásokat **Wernigg Róbert**, az Országos Kórházi Főigazgatóság Alapellátástervezési és Fejlesztési Főosztályának vezetője tekintette át.

Magyarországon – a kiugróan magas részvételi arány mellett – különösen riasztó, hogy az orvosok 42 százaléka, az ápolók 38 százaléka számolt be depressziós tünetekről, a pályaelhagyási szándék pedig meghaladja az uniós átlagot. A mentális zavarok kockázatát a rengeteg adminisztráció, a túlórák, valamint a munkahelyi erőszak és zaklatás hordozza, utóbbit minden harmadik dolgozó átélte már a betegek részéről. Védőfaktorként a támogató vezetői kultúra, a kollegiális segítségnyújtás és a rendszerszintű pszichológiai szupervízió azonosítható. A WHO ajánlása szerint zéró toleranciát kell hirdetni az erőszak ellen, és a technológiai fejlesztések (MI) mellett a „természetes intelligenciával” rendelkező dolgozók mentális jóllétére is stratégiai figyelmet kell fordítani – hangsúlyozta a főosztályvezető a konferenciát záró előadásában.

Tarcza Orsolya