

Az otthoni hospice-palliatív betegellátás a változó igények és kihívások tükrében

Domonkos Norbert^{1, 2, 3} ■ Hegedűs Katalin dr.^{2, 4} ■ Lukács Miklós^{2, 5}

¹Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék, Szeged

²Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

⁵Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs

Bevezetés: A hospice-palliatív ellátás kiemelkedő szerepet játszik a terminális állapotú betegek méltó életvégre való felkészítésében és életminőségük javításában. Magyarországon a hospice-szolgáltatások szervezeti és finanszírozási struktúrája az elmúlt évtizedekben folyamatosan alakult a társadalom és az egészségügyi rendszer igényeire válaszul. Az éves jelentések célja a hospice-palliatív ellátás fejlődésének és kihívásainak elemzése, különös figyelmet fordítva a betegellátás minőségére.

Célkitűzés: Az egyik cél a 2024-es év otthoni hospice-palliatív ellátási helyzetének áttekintése volt, kiemelve a szervezeti struktúráknak, a betegellátás típusainak és a finanszírozási modelleknek a változásait. Célul tűztük ki továbbá a szolgáltatások iránti növekvő kereslet és a szektor előtt álló kihívások feltárását.

Módszer: A kutatás során a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által évente közzétett hivatalos statisztikai adatokat használtuk fel, amelyek a hospice-intézmények számáról, az otthoni ellátás tevékenységeinek összetételéről, valamint a kapcsolódó finanszírozási mechanizmusokról nyújtanak részletes információt. A Tartalmi Diverzitás Indexet (CDI) alkalmazva számszerűsítettük a szolgáltatási szerkezet szakmai összetettségét, feltártuk a vármegyei szintű különbségeket. Az ellátási komplexitás-mutató eredményeit összevetettük a nemzetközi Interdiszciplináris Ellátási Pontszám (ICS) mutatóival és az európai eredményekkel is.

Eredmények: A 2024-es évben tapasztalható változások és kihívások egyértelműen tükrözik a szolgáltatások iránti növekvő keresletet. Az elemzés szerint a hospice-intézmények számának növekedésével az otthoni ellátás aránya sajnos csökkenő tendenciát mutat. A szakmai szerkezet vármegyenként jelentősen eltérő, a pszichoszociális ellátások jellemzően alulreprezentáltak.

Következtetés: A hospice-palliatív ellátás folyamatosan fejlődik, de a változó igények és a szakmai terhek figyelembevételével további fejlesztésre van szükség, különösen a finanszírozás terén. A hospice-szolgáltatások hosszú távú fenntarthatósága érdekében és a minőség javítása céljából kiemelten fontos a megfelelő erőforrások biztosítása.

Orv Hetil. 2025; 166(44): 1746–1753.

Kulcsszavak: otthoni hospice-palliatív ellátás, Interdiszciplináris Ellátási Pontszám (ICS), Tartalmi Diverzitás Index (CDI)

Home-based hospice-palliative patient care in light of changing needs and challenges

Introduction: Hospice-palliative care plays a prominent role in preparing terminally ill patients for a dignified end of life and improving their quality of life. In Hungary, the organizational and financing structure of hospice services has been continuously evolving in recent decades in response to the needs of society and the healthcare system. The annual reports aim to analyze the development and challenges of hospice-palliative care, paying special attention to the quality of patient care.

Aim: One of the objectives was to review the situation of home-based hospice and palliative care in 2024, highlighting changes in organizational structures, types of patient care, and financing models. Furthermore, we aimed to identify the growing demand for services and the challenges facing the sector.

Method: During the research, we used official statistical data published annually by the Hungarian Hospice-Palliative Association and the National Health Insurance Fund, which provide detailed information on the number of hospice institutions, the composition of home care activities, and the related financing mechanisms. Using the Content Diversity Index (CDI), we quantified the professional complexity of the service structure and explored differences at the county level. We compared the results of the care complexity index with the international Interdisciplinary Care Score (ICS) indicators and with European results.

Results: The changes and challenges observed in 2024 clearly reflect the increasing demand for services. According to the analysis, although the number of hospice institutions has increased, the proportion of home-based care unfortunately shows a declining trend. The professional structure varies significantly from county to county, and psycho-social services are typically underrepresented.

Conclusion: Hospice and palliative care are continuously developing; however, in light of changing needs and growing professional burdens, further development is required, particularly in the area of financing. Ensuring adequate resources is of paramount importance for the long-term sustainability of hospice services and for improving quality.

Keywords: home hospice-palliative care, Interdisciplinary Care Score, Content Diversity Index

Domonkos N, Hegedűs K, Lukács M. [Home-based hospice-palliative patient care in light of changing needs and challenges]. *Orv Hetil.* 2025; 166(44): 1746–1753.

(Beérkezett: 2025. szeptember 4.; elfogadva: 2025. szeptember 11.)

Rövidítések

BNO = Betegségek Nemzetközi Osztályozása; CDI = (Content Diversity Index) Tartalmi Diverzitás Index; COPD = (chronic obstructive pulmonary disease) krónikus obstruktív tüdőbetegség; EAPC = (European Association for Palliative Care) Európai Palliatív Szövetség; ELNEC = (End-of-Life Nursing Education Consortium) Életvégi Ápolási Oktatási Konzorcium; HCI = (Hospice Care Index) Hospice Ellátási Index; ICS = (Interdisciplinary Care Score) Interdiszciplináris Ellátási Pontszám; KKK = képzési és kimeneti követelmények; NEAK = Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő; OEP = Országos Egészségbiztosítási Pénztár

A hospice- és palliatív ellátás célja a súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenvedő betegek testi, lelki, szociális és spirituális szenvedésének komplex módon történő enyhítése [1]. A közgondolkodásban a mai napig az élet utolsó szakaszára korlátozódó, halálközeli gondozásként él a fogalma. A szakmai definíció szerint azonban – multidiszciplináris szemléletéből adódóan – a palliatív, tüneti kezelés nemcsak az életvégi szakaszban, hanem már sokkal korábban releváns támogatási forma a beteg és családja számára [2–4], ennél fogva egyre nagyobb hangsúlyt kap a nemzetközi egészségpolitikai irányelvekben [5, 6]. Magyarországon a hospice-ellátás 2004 óta társadalombiztosítás keretében működik, és döntően az intézményi és az otthoni hospice-palliatív szolgáltatások révén érhető el [7, 8], törvényileg szabályozott.

Globális és hazai viszonylatban a hospice-palliatív ellátás elérhetősége és minősége területi szinten is változó képet mutat, különösen az otthoni hospice-palliatív ellátás esetében, amely a végstádiumú betegek gondozásának egyik legköltséghatékonyabb, ugyanakkor legnagyobb szakmai adaptivitást igénylő formája [7, 9, 10].

A szolgáltatási struktúrák jelentősen eltérhetnek, attól függően, hogy egy adott vármegye humán erőforrás-összetételében milyen egészségügyi képesítésű szakemberek állnak rendelkezésre, milyen beavatkozások érhetők

el, és mekkora mértékben működnek együtt a különböző diszciplínák szereplői [11, 12].

A hospice-palliatív szemlélet szerves része a pszichoszociális, életviteli és spirituális támogatás biztosítása, ezek a dimenziók azonban gyakran háttérbe szorulnak a fizikai tünetek kezelésével szemben. Nemzetközi szinten ezért már egyre nagyobb hangsúlyt helyeznek arra, hogy a palliatív ellátás értékelése során a mennyiségi mutatók vizsgálata mellett a jól definiált minőségi indikátorokra is kiemelt figyelmet fordítsanak [13]. A szolgáltatások szakmai sokszínűsége, vagyis az, hogy egy-egy régióban milyen típusú beavatkozások állnak rendelkezésre, alapvetően meghatározza a betegellátási rendszer felépítését és minőségét [14, 15].

A jelen tanulmány e tartalmi különbségekre fókuszál, az otthoni hospice-palliatív ellátás 2024. évi magyarországi adatai alapján. Külföldi vizsgálatok a hospice-palliatív ellátás összetettségét különböző eredménymutatókkal értékelik. Ilyen például az Egyesült Királyságban és Kanadában alkalmazott Interdisciplinary Care Score (Interdiszciplináris Ellátási Pontszám, a továbbiakban: ICS), amely a különböző ellátási területek részvételének arányát veszi figyelembe az ellátás során [16]. Jelen elemzésünkben ehhez hasonló megközelítéssel dolgoztunk: a szakmai beavatkozások megoszlása mellett azok sokféleségét a kvantitatív jellemzőket vizsgáló diverzitás-index segítségével tártuk fel. Ez az index regionális szinten számszerűsíti az ellátási szerkezet funkcionális összetettségét, és rávilágít azokra a területi és szerkezeti aránytalanságokra, amelyek jelentősen befolyásolhatják az ellátás komplexitását, működését.

A hazai eredményeket megkíséreltük összevetni az európai régióra kiterjedő mutatóval is, amely a palliatív ellátás makroszintű integrációját méri a jogszabályi háttér, a képzési rendszer és a szakpolitikai jelenlét alapján. A két paraméter együttes értelmezése lehetővé teszi, hogy komplex képet kapjunk a magyar rendszer erősségeiről és hiányosságairól, nemcsak nemzetközi vonatkozásban, hanem regionális szinten is.

Célkitűzés

Tanulmányunk célja, hogy átfogó képet adjon a magyarországi otthoni hospice-palliatív ellátás szakmai struktúrájáról, különös tekintettel az intervenciók sokrétűségére. Vizsgálatunk – a korábbi hospice-jelentések (ld. <https://hospice.hu/hu/szakma/hospice-jelentesek>) vizsgálati logikájától eltérően – az alábbi értelmezési szempontok mentén szerveződött:

1. A különböző beavatkozástípusok meghatározását végeztük el a vármegyei ellátásban a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő 2024. évi adatai alapján.

2. A diverzitásindexet alkalmazva számszerűsítettük a szolgáltatási szerkezet szakmai összetettségét, feltártuk a vármegyei szintű különbségeket.

3. Az ellátáskomplexitás-mutató eredményeit összevetettük a nemzetközi ICS mutatóival, majd értelmeztük Magyarország hospice-palliatív rendszerének makro- és mikroszintű jellemzőit európai kontextusban.

Módszer

Retrospektív tanulmányunk másodlagos adatfeldolgozáson alapult, amelynek adminisztratív forrását a finanszírozási évre vonatkozó, országos szintű, a NEAK által vármegyenként összesített otthoni hospice-palliatív ellátási jelentések képezték. Adatbázisunk a szolgáltatók által rögzített tevékenységek esetszámait nyolc meghatározott beavatkozástípus szerint tartalmazta, amelyek a szakápolástól és a tünetkontrolltól a pszichoszociális és életviteli támogatásig terjedtek. A másodlagos kiértékelés során minden egyes tevékenységtípus arányát kiszámítottuk az adott közigazgatási egység összes regisztrált ellátásához viszonyítva. Az így kapott értékek alapján vizsgáltuk a területi szintű struktúrák közötti különbségeket. A beavatkozások: szakápolás, tartós fájdalomcsillapítás, gyógyszerelés (orvosi tevékenység), mentálhigiénés tanácsadás, gyógytorna, fizioterápia, szociális tevékenység és diétás gondozás, tanácsadás.

Munkánk egyik előremutató és innovatív kulcseleme a Tartalmi Diverzitás Index (Content Diversity Index, a továbbiakban: CDI) meghatározása volt, amely azt fejezte ki, hogy egy adott vármegyében hány olyan tevékenységtípus volt jelen, amely az összes beavatkozás legalább 5%-át elérte. E küszöbérték célja az esetleges, marginális jelenléti tevékenységek kiszűrése, így a mutató a szakmai szerkezet valódi sokszínűségét tükrözi. A diverzitásindexet Microsoft Office Excelben (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) számoltuk a Shannon-formula alapján, a beavatkozások típusának és arányainak bináris értékelésével, súlyozás nélkül.

A szolgáltatási változatossági index értelmezéséhez nemzetközi viszonyítási alapként felhasználtuk a BMJ Supportive & Palliative Care folyóiratban közzétett ICS-mutatót, amely az európai országok palliatív ellátásának rendszerintegrációs szintjét méri [16]. Ez az indikátor 10 dimenzió mentén értékeli az egyes országokat – töb-

bek között a szabályozási háttér, az oktatási lehetőségek és a multidiszciplináris működés alapján –, lehetővé téve a hazai adatok nemzetközi kontextusba helyezését.

Eredmények

Általános statisztikák

A 2024-ben működő 26 intézeti hospice-palliatív ellátás során 425 ágyon 6255 beteget láttak el a szakemberek 74,5%-os ágykihasználtság mellett. A halálozási arány 62%-volt, míg az 51 otthoni hospice-palliatív szolgáltató 6188 esetben nyújtott segítséget 5634 beteg számára. Egy eset ellátása átlagosan 26,9, egy beteg ellátása pedig 29,6 napig tartott. A 166 610 ápolási nap éves bontásban jelentős ellátási volument jelentett, amelyet az egy napra jutó 6780 Ft-os átlagköltség alapján 1,13 milliárd forintnyi közfinanszírozás támogatott.

Az adott mérési évben az otthoni hospice-palliatív ellátásban részesült betegek túlnyomó többsége daganatos volt, az összes ellátott esetből 5285 beteg, azaz 85,3%. Ezek közül 5176 eset „C” kódú BNO-diagnózissal szerepelt az adatbázisban, amely az összes kórállapot előfordulásának 83,9%-át jelentette. A daganatos esetekhez 142 352 teljesített ápolási nap társult, amely az összes hospice-ellátási nap 85%-át tette ki. A kapcsolódó finanszírozás 947 millió forintot, azaz az összes támogatás 83%-át képezte. Az ellátási mutatókat az 1. táblázat szemlélteti.

Mindez jól mutatja a hospice-palliatív szolgáltatás – jogszabályok alapján történő – onkológiai jellegű súlyponti fókuszát, ugyanakkor a nem daganatos betegek (COPD, szívelégtelenség) rendkívül alacsony szintű hospice-hozzáférését.

1. táblázat | Otthoni hospice-palliatív ellátási mutatók (2024)

Mutató	Daganatos esetek	Nem daganatos esetek	Összesen
Esetszám	5 285	930	6 188
A betegek száma	4 804	830	5 634
Az ápolási napok száma	142 352	24 258	166 610
Ápolási nap/eset	26,9	26,1	26,9
Ápolási nap/beteg	29,6	29,2	29,6
Teljesítményalapú finanszírozás (eFt)	947 269,4	182 353,0	1 129 622,4

A beavatkozástípusok megoszlása az otthoni hospice-palliatív ellátásban

Az otthoni hospice-palliatív ellátás tartalmi szerkezetének elemzése során elsőként azt vizsgáltuk meg, hogy az éves paraméterek alapján milyen arányban fordulnak elő az egyes beavatkozástípusok az országos ellátási gyakorlatban. A rendelkezésünkre bocsátott adatok alapján

nyolc beavatkozási kategória volt azonosítható. Ezek közül a szakápolási feladatok (például sebkezelés, oxigénterápia, tüneti állapotfelmérés és az egyre hangsúlyosabban megjelenő alapápolási szükségletek kielégítésének igénye) volt a leggyakoribb (64,0%), amely önmagában meghaladta az összes jelentett eset felét. Ezt követte a tartós fájdalomcsillapítás (21,0%) és a gyógyszerelés tervezése vagy ellenőrzése (5,7%). A pszichoszociális támogatási formák – mentálhigiénés tanácsadás (3,4%), szociális segítségnyújtás (2,5%) – jóval kisebb arányban szerepeltek az adatjelentésben. Az életminőséget javító beavatkozások, mint a gyógytorna és a fizioterápia összesített részaránya nem érte el a 2%-ot, a diétás tanácsadás pedig 1,5% volt. A tevékenységi típusok országos szintű arányait a 2. táblázat foglalja össze, követve az állami egészségbiztosító adatszolgáltatási struktúráját.

Az eredmények rámutattak arra, hogy az otthoni hospice-palliatív ellátás továbbra is a tüneti kezelésre és a szomatikus komfort biztosítására fókuszált, míg a pszichoszociális és rehabilitációs dimenziók alulreprezentáltak maradtak. A 2024. évi NEAK-adatok alapján az összes beavatkozás száma 224 302 volt. Ebből a tüneti kezelés és a fizikai ellátás körébe sorolható szakápolás, tartós fájdalomcsillapítás és gyógyszerelés tervezése vagy ellenőrzése összesen 203 550 esetet tett ki, ami az összes beavatkozás 90,7%-át jelentette. A pszichoszociális ellátások – mentálhigiénés tanácsadás, szociális tevékenység – együttesen 13 195 esetet (5,9%) képviseltek, míg a rehabilitációs célú beavatkozások – mint a gyógytorna, fizioterápia és diétás gondozás, tanácsadás – mindössze 7557 esetet tettek ki, ami 3,4%-os arányt képviselt az országos adatokban.

2. táblázat | Az egyes beavatkozások megoszlási aránya

Beavatkozás	A beavatkozások száma (fő)	Országos arány (%)
Szakápolási tevékenység	143 634	64,0
Tartós fájdalomcsillapítás	47 084	21,0
Gyógytorna	3 776	1,7
Fizioterápia	432	0,2
Szociális tevékenység szervezése	5 564	2,5
Diétás gondozás/tanácsadás	3 349	1,5
Mentálhigiénés gondozás/tanácsadás	7 631	3,4
Gyógyszerelés tervezése/ellenőrzése	12 832	5,7
Összesen	224 302	100

A vármegyei szintű szolgáltatási adatok

A területi szegmentációban rögzített adatok lehetővé tették, hogy vármegyeenként megkülönböztessük a beavatkozástípusokat. A gyógyszerelés tervezésének és el-

lenőrzésének aránya kiemelkedően nagy volt Pest vármegyében, ahol 6,6%-ot tett ki az összes beavatkozás vonatkozásában (2886/43 438). Hasonlóan jelentős arány mutatkozott Budapesten (8,0%; 1999/25 018), Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében (6,2%; 1128/18 272) és Somogyban (5,5%; 656/12 017). Ezzel szemben Komárom-Esztergom vármegyében csupán 0,06% volt a gyógyszerelési beavatkozások aránya (2/3289), ami az egyik legalacsonyabb érték az országban.

A mentálhigiénés tanácsadás és a gyógytorna aránya egyik vármegyében sem haladta meg az 5%-ot. A pszichés támogatás legnagyobb arányú relatív jelenléte Komárom-Esztergom vármegyében volt, ahol az összes beavatkozás 47,2%-át (1551/3289) tette ki, amely kivételesen nagy arálynak számított. A sorban Zala vármegye követte (4,2%; 273/6489), míg más közigazgatási egységekben ez az arány mindössze 1–3% között mozgott. A gyógytorna legnagyobb részaránya Budapesten volt (5,8%; 1461/25 018), emellett Zalaiban is mérhető arányt képviselt (7,9%; 513/6489), a legtöbb térségben azonban ez a szolgáltatástípus gyakorlatilag marginális, 0–2% közötti értéket mutatott.

Tartalmi dimenziók mentén strukturált eredmények

A beavatkozástípusok értelmezhetősége érdekében az ellátási formákat három összevont dimenzióba soroltuk: fizikai, pszichoszociális és rehabilitációs beavatkozások. A regionális különbségek nem csupán az ellátási volumen, hanem az alkalmazott beavatkozások típusa szerint is jelentősek voltak. Az otthoni hospice-palliatív ellátás struktúrájában országosan a fizikai dimenzióba tartozó beavatkozások voltak túlsúlyban: a legtöbb vármegyében ezek aránya meghaladta a 90%-ot, néhány esetben – például Tolna (98,3%), Vas (97,7%) és Csongrád (97,3%) vármegyében – majdnem a teljes ellátási tevékenység egészét lefedték. Ezzel szemben a pszichoszociális szolgáltatások aránya – néhány kiugró kivételtől eltekintve – országosan és vármegyei szinten háttérbe szorult: az esetek többségében 5–8% között mozgott, de számos helyen még az 5%-ot sem érte el (például Csongrád: 0,2%; Pest: 2,5%). Kiemelkedő kivétel Komárom-Esztergom vármegye, ahol a pszichoszociális szolgáltatások aránya 47,2%, miközben a fizikai beavatkozásoké csupán 51,4%. Hasonlóan emelkedett érték volt megfigyelhető Veszprém vármegyében (pszichoszociális szolgáltatások: 23,5%). A rehabilitációs típusú szolgáltatások még inkább alulreprezentáltak: ezek aránya a legtöbb vármegyében 0–3% között maradt, és csupán néhány területen érte el vagy haladta meg az 5%-ot (például Zala: 10,9%; Budapest: 6,1%). Mindez jól illusztrálja, hogy az ellátási struktúrában nemcsak mennyiségi, hanem minőségi különbségek is fennálltak a vármegyék között, és a szakmai fókusz a legtöbb esetben a fizikai tüneti kezelésre koncentrálódott (3. táblázat).

3. táblázat | Az otthoni hospice-palliatív ellátás három fő beavatkozási dimenziójának megoszlása vármegyénként

Vármegye	Fizikai dimenzió (%)	Pszichoszociális dimenzió (%)	Rehabilitációs dimenzió (%)
Tolna	98,3	1,7	0,0
Vas	97,7	1,0	1,3
Csongrád	97,3	0,2	2,5
Pest	96,5	2,5	1,0
Szabolcs-Szatmár-Bereg	94,8	3,1	2,1
Nógrád	94,6	1,1	4,3
Jász-Nagykun-Szolnok	94,4	0,6	5,0
Hajdú-Bihar	92,9	3,8	3,3
Bács-Kiskun	92,1	7,7	0,2
Békés	90,9	4,7	4,4
Baranya	90,5	5,1	4,4
Heves	88,7	9,9	1,4
Borsod-Abaúj-Zemplén	88,4	8,6	3,0
Budapest	88,4	5,5	6,1
Fejér	88,3	9,5	2,2
Somogy	85,6	6,7	7,7
Zala	80,1	9,0	10,9
Győr-Moson-Sopron	79,5	14,1	6,4
Veszprém	74,4	23,5	2,1
Komárom-Esztergom	51,4	47,2	1,4

A diverzitásindex mint az ellátási sokszínűség indikátora

Az országos közfinanszírozott tevékenységi adatok alapján számított diverzitásindex segítségével az otthoni hospice-palliatív ellátás szakmai szerkezetének komplexitása is mérhetővé vált. Az index azt jelzi, hogy egy adott vármegyében hány különböző beavatkozástípus fordult elő

legalább 5%-os arányban az összes regisztrált tevékenységen belül.

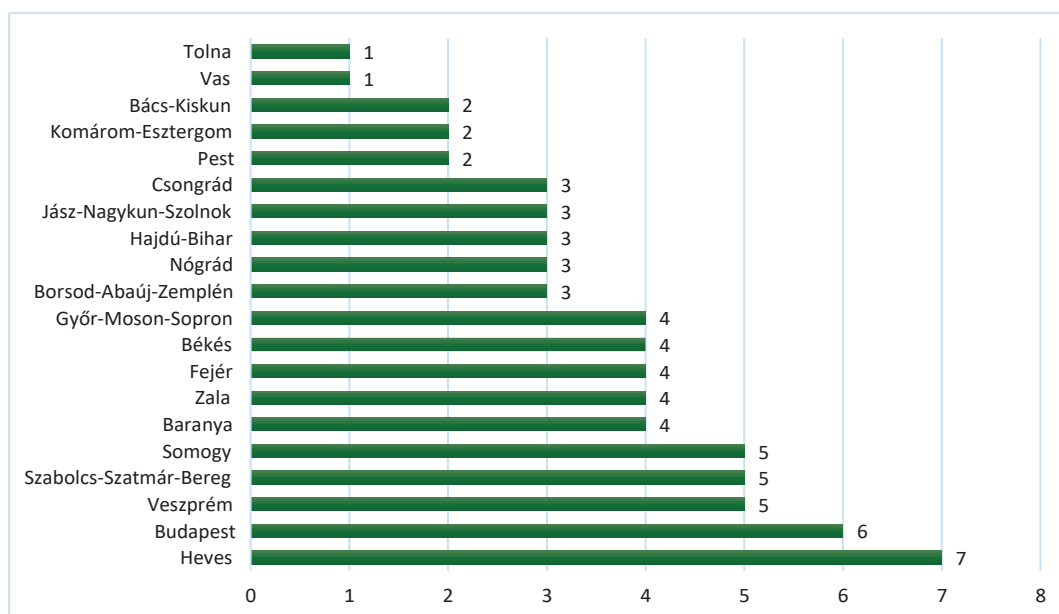
A legmagasabb diverzitásértéket Heves vármegye érte el, ahol hét különböző ellátástípus haladta meg az 5%-os arányt (CDI = 7), amely országosan is kiemelkedő szakmai összetettségre és multidiszciplináris megközelítésre utal. Magas relatív mutató figyelhető meg Budapesten (CDI = 6), valamint Veszprém, Somogy és Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyékben (CDI = 5), ahol többféle – nem kizárólag fizikai – ellátást is érdemben alkalmaztak (1. ábra).

Ezzel szemben Tolna és Vas vármegyékben az indikátor értéke mindössze 1, ami azt jelenti, hogy csak egy beavatkozástípus (jellemzően szakápolás vagy fájdalomcsillapítás) érte el az 5%-os küszöböt. Bács-Kiskun vármegye esetében az index értéke 2 volt, ami szintén szűk szakmai spektrumra utal. Ez jól mutatta, hogy ezekben a térségekben a szolgáltatási struktúra monoprofilú, azaz egyoldalúan a fizikai szükségletek kielégítésére koncentrált, és a pszichoszociális, életviteli, illetve rehabilitációs elemek minimálisan vagy egyáltalán nem jelentek meg.

A diverzitásindex alapján az ellátási gyakorlat területi különbségei jól beazonosíthatók, és rávilágítottak arra, hogy a szolgáltatások strukturális sokszínűsége nem egyenletesen oszlott meg az országban. Ez a mutató alkalmas lehet a hospice-palliatív ellátás tartalmi minőségének regionális monitorozására, valamint a fejlesztési szükségletek célzott azonosítására egyaránt.

A diverzitásindex és az ICS nemzetközi mutatóinak összehasonlítása

Az így nyert hazai tapasztalatokat nemzetközi kontextusban is értelmeztük az ICS alapján, amely a palliatív ellátás egészségügyi rendszerbe való integráltságát szám-



1. ábra | Az otthoni hospice-ellátás szakmai diverzitása vármegyénként

szerűsíti. Az ICS-mutató a European Association for Palliative Care (EAPC) Atlas of Palliative Care in Europe ajánlásai szerint 10 indikátor mentén értékeli az országos szintű integráció mértékét (például szakpolitikai támogatottság, szolgáltatási elérhetőség, finanszírozási struktúrák, szakképzés, gyógyszerhozzáférés), maximálisan 30 pont elérése mellett [10, 17].

A felmérésünk időpontjában elérhető aktuális adatok szerint a legmagasabb ICS-pontszámmal Hollandia rendelkezett (23/30), ahol a palliatív ellátás multidiszciplináris megközelítéssel, széles körű szakpolitikai és infrastruktúrális támogatással szervesen beépült az ország nemzeti egészségügyi rendszerébe. Ausztria (19), Belgium (18) és Németország (17) szintén magas szintű integrációt képviseltek. Ezzel szemben Magyarország 12 ponttal a középső kategóriacsoportban helyezkedett el, ami korlátozott, de részben már kiépült integrációs struktúrákra utalt. Alacsonyabb pontszámokat mutatott Lengyelország (10) és Románia (8), ahol az ellátás hozzáférése és szervezettsége szűkebb keretek között valósult meg [17].

Az ICS és a diverzitásindex párhuzamos vizsgálata azt mutatta, hogy a dokumentált ellátási tevékenységek alapján azonosítható tartalmi diverzitás regionális különbségei – különösen a pszichoszociális és rehabilitációs elemek alulreprezentáltsága – Magyarország esetében makroszinten is leképeződtek a nemzetközi összehasonlításban. Noha egyes vármegyékben (például Heves, Budapest) megjelent a komplex megoldásokra irányuló törekvés, az országos ellátási profil továbbra is túlnyomórészt a fizikai tüneti kontrollra koncentrált, ami korlátozta az integrációs potenciált, és csökkentette a rendszer rugalmasságát. A diverzitásindex tehát nemcsak területi, hanem rendszerszintű problémákra is rámutatott, és alátámasztotta az ICS által is jelzett fejlesztési szükségleteket. Megjegyzendő ugyanakkor az is, hogy az ICS a strukturális integráció tágabb kereteire is kiterjed – mint a jogi szabályozás, szakmai irányelvek, képzések és intézményi háttér –, amelyek nem képezték jelen elemzésünk tárgyát.

Megbeszélés

Magyarországon jelenleg 26 hospice-palliatív fekvőbeteg-intézmény működik 425 ágygal, amelyek közül 5 ágy a gyermek hospice-palliatív ellátásé (Tábitha Ház, Törökbálint). 51 otthoni hospice-palliatív szolgálat létezik, amelyek közül 3 szolgálat gyermek hospice-palliatív ellátást is végez (Eurakvilo Alapítvány Pécs, Magyar Hospice Alapítvány Budapest, Tábitha Ház, Törökbálint); 2 hospice-palliatív mobil team (Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Pécs; Országos Onkológiai Intézet, Budapest), valamint 3 palliatív szakrendelés (Miskolc, Pécs, Budapest) érhető el. Az otthoni hospice-palliatív szolgálatok száma évről évre csökken: míg

2020-ban 65, 2023-ban 60, addig a 2024. évi adatok szerint 51 szolgálat működött. Az otthoni hospice-palliatív ellátás tevékenységi arányszámái 2006 és 2023 között alapvetően, átlagosan nem változtak [8]. A hospice-palliatív szolgáltatók számának csökkenése és a tevékenységek arányának stagnálása mögött strukturális nehézségek állnak. A leggyakoribb okok közé tartozik a szakemberek – különösen a képzett ápolók és orvosok – hiánya, az ellátási volumenhez nem igazodó finanszírozási rendszer, valamint az alacsony szintű üzemanyagterítés, amely akadályozza a nagy távolságokat lefedő ellátások fenntarthatóságát.

A jelenlegi hazai jogszabályi háttér finanszírozási és indikációs feltételei elsődlegesen a daganatos betegek szükségleteire épülnek, azonban nem zárják ki más, végstádiumú krónikus betegségben szenvedők ellátását sem. A korlátozás szakmai és etikai szempontból egyre inkább felveti az egyenlő hozzáférés kérdését.

A hospice-palliatív ellátásról rendelkezésünkre álló szakmai adatokon alapuló diverzitásindex kialakítása az esetszámok kimutatásán túl lehetőséget adott az elvégzett beavatkozások számszerűségének és arányainak feltérképezésére. Legfőbb célja, hogy területalapú megközelítésben mutassa be az ellátás többdimenziós, komplex megvalósulását. Annak ellenére, hogy elsősorban a beavatkozások tipológiáját veszi figyelembe, alkalmas lehet olyan összetett, minőségi elemzések elvégzésére, mint amilyeneket az ICS alkalmaz, például a komplex esetmenedzsment lehetőségének, az ellátási egységek összekapcsoltságának és együttműködésének vizsgálatára, a betegutak alakulásának vagy az ellátás interdiszciplináris mértékének meghatározására [15]. Nagyon hasonló és kiemelkedő szolgáltatási mutató a Hospice Care Index (a továbbiakban: HCI), amelyet az amerikai Centers for Medicine & Medicaid Services (CMS) 2022 óta alkalmaz [18, 19]. Ez az összetett, 10 indikátorból álló mutató átfogó képet ad a hospice-palliatív ellátás folyamatairól a beteg felvételétől a halál bekövetkeztéig.

Ugyan a három mérőrendszer eltérő nézőpontokat képvisel, lényegi céljuk mégis közös: a hospice-palliatív ellátás működésének, minőségének és hozzáférhetőségének értékelése. Az általunk áttekintett kimutatás párhuzamba vonható az ICS-el és a HCI-vel. Egyrésről az Egészségügyi Világszervezet (WHO) regionális szervezetei és a nemzeti egészségügyi hatóságok által alkalmazott ICS-hez nagyon hasonló módon értékeli, hogy egy adott régió mennyire képes különböző szolgáltatástípusokat biztosítani. Módszertani szempontból pedig a HCI-hez áll közelebb, mivel a megjelenített számérték mögött konkrét beavatkozási típusok, gyakorisági mutatók és empirikusan kimutatható szolgáltatási mintázatok állnak. Egy olyan értékelési keretrendszer, amely a három modellt alkalmazva, azok logikáját követve és adaptálható mérési pontjait beépítve képes lehet a hazai hospice-palliatív ellátás árnyaltabb módon történő értékelésére [9, 10].

Következtetés

Adatainkat összevetve Hegedűs korábbi tanulmányával [20], amely a hospice-ellátás helyzetét és jövőjét vázolta, az alábbi megállapításokat tesszük:

Míg 2009-ben az otthoni hospice-ellátás országos lefedettsége 70%-os volt, 2024-ben ez az arány meghaladta a 80%-ot. Az intézeti hospice-palliatív ellátás igénybevétele is hasonló ágykihasználtságot mutat az elmúlt évekhez viszonyítva. Fontos kiemelni, hogy minden vármegye rendelkezett ellátási lehetőséggel, de a szolgáltatók egy része más régiókban, külön teamek kiszállásával biztosítja a betegellátást, ami továbbra is tükrözi a regionális hozzáférési különbségeket. 2009-ben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) finanszírozása a hospice-ellátás költségeinek 50%-át fedezte. 2024-ben a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet hatályos módosítása alapján az otthoni hospice-ellátás díjszámítása az otthoni szakápolás 120%-át biztosította, így a korábbi szorzóhoz képest történt egy előremutató differenciálás, az alapdíj 7000 Ft-ra történő emelése megtörtént [21]. Ugyanakkor ez a lépés önmagában még nem rendezi a minőségi hospice-ellátás teljes költségét, különösen a multidiszciplináris és pszichoszociális szolgáltatásokat, amelyek kimutatásunkban alulreprezentált dimenzióként szerepeltek.

Az ezredforduló utáni években az orvos- és ápolóképzés tananyagtartalmának alig 1%-a foglalkozott a fájdalomcsillapítás, a halál és a gyász etikai kérdéseivel [20]. A felsőoktatási szakképzések, alap- és mesterképzések 2025/26-os tanévtől alkalmazandó képzési és kimeneteli követelményei (KKK) alapján szakmai előrelépés mutatkozik az oktatás terén, ahol a haldoklással, tanatológiával és hospice-ellátással kapcsolatos ismeretek integráltnak jelennek meg: az orvostudomány teljes kreditértékének 2%-át, az ápolóképzés curriculumának pedig a 3–5%-át teszik ki [22]. Ugyanakkor egyre szélesebb körben érhető el az életvégi ellátással kapcsolatos képzések, műhelyek, fórumok, hazai és nemzetközi konferenciák, szabadon választható és kötelező továbbképzések, graduális és posztgraduális oktatási programok, amelyekhez szakmai vagy civil szervezeteken keresztül lehet csatlakozni (például Semmelweis Egyetem; Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szak- és Továbbképző Központ; Magyar Hospice-Palliatív Egyesület; Méltóságért Alapítvány; Magyar Hospice Alapítvány; Országos Kórházi Főigazgatóság; ELNEC). A mennyiségi bővülés és a jogi változás ellenére a korábbi problémák bizonyos része még ma is aktuális – főként a minőség, a szakmai integráció és a szemlélet érdemi változása még várat magára.

Anyagi támogatás: A közlemény elkészítése, valamint a kapcsolódó kutatómunka során a szerzők semmilyen intézményi, pályázati vagy egyéb külső anyagi támogatásban nem részesültek.

Szerzői munkamegosztás: A kutatás koncepcióját és tervét D. N. dolgozta ki, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől az adatlekérést L. M., az adatelemzést D. N., a kézirat elkészítését pedig D. N., H. K. és L. M. végezte. A kézirat kritikai átolvasását és szakmai javítását H. K. végezte el. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzők maradéktalanul kijelentik, hogy a kézirat elkészítésével és közlésével kapcsolatban semmilyen összeférhetetlenség nem áll fenn.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők ezúton fejezik ki köszönetüket dr. Kőrösi Lászlónak, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő főigazgatói feladatkörének ellátásával megbízott ellátási főigazgató-helyettes úrnak és munkatársainak az adatok rendelkezésre bocsátásáért és a szakmai támogatásért, amelyekkel érdemben hozzájárultak a közlemény elkészítéséhez.

Irodalom

- [1] Bokorovics T, Hegedűs K. Frequently asked questions and answers about hospice. [Gyakori kérdések és válaszok a hospice-ról.] Oriold Kiadó, Budapest, 2025. [Hungarian]
- [2] Radbruch L, De Lima L, Knäuper F, et al. Redefining palliative care – a new consensus-based definition. J Pain Symptom Manage 2020; 60: 754–764.
- [3] Connor SR, Sepulveda C (eds.) The Global Atlas of palliative care at the end of life. 1st ed. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. World Health Organization, London, 2014.
- [4] Csikós Á (ed.) Palliative care. [Csikós Á (szerk.) Palliatív ellátás.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2022. [Hungarian]
- [5] WHO. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. World Health Organization, Geneva, 2016.
- [6] Sánchez-Cárdenas MA, Garralda E, Benítez E, et al. Palliative care coverage across European national health systems: proposal of a synthetic indicator. Int J Environ Res Public Health 2021; 18: 10753.
- [7] Lukács M, Hegedűs K. Overview of the hospice care system in Hungary today. [Hospice ellátórendszer áttekintése ma Magyarországon.] Med Univ. 2024; 57: 19–22. [Hungarian]
- [8] Hegedűs K, Lukács M. Hospice patient care in 2023. [Hospice betegellátás 2023.] Kharón Thanatol Szle. 2023; 28: 1–13. [Hungarian]
- [9] Connor SR, Sepulveda Bermedo MC (eds.). Global atlas of palliative care. 2nd ed. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, World Health Organization, Geneva, 2020.
- [10] Garralda E, Tripodoro VA, Ling J, et al. EAPC Atlas of palliative care in the European region 2025. EUNSA, Pamplona, 2025.
- [11] Horváth O, Rácz K, Jakus N, et al. Effective integration of hospice palliative care into national oncology and general practice. [A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba.] Orv Hetil. 2022; 163: 1520–1527. [Hungarian]
- [12] Szigeti N, Wittmann I, Lukács M, et al. Palliative mobile care service as an integrated care model. [Palliatív mobil team ellátás mint integrált betegellátási modell.] Orv Hetil. 2024; 165: 1186–1190. [Hungarian]
- [13] Pasman HR, Brandt HE, Deliens L, et al. Quality indicators for palliative care: a systematic review. J Pain Symptom Manage 2009; 38: 145–156.

- [14] Szigeti N, Kun Sz, Wittmann I. Palliative care in a department of internal medicine. [Palliatív betegellátás belgyógyászati osztályon.] Orv Hetil. 2024; 165: 1010–1016. [Hungarian]
- [15] Varga G, Horváth R, Busa Cs. Assessment of anxiety, depression, and physical symptoms and understanding of their connections among cancer patients. [Szorongás, depresszió, valamint fizikai tüneti terhek felmérése és összefüggéseik megismerése daganatos betegek körében.] Orv Hetil. 2024; 165: 309–317. [Hungarian]
- [16] Sánchez-Cárdenas MA, Garralda E, Arias-Casais NS, et al. Palliative care integration indicators: a European regional analysis. BMJ Support Palliat Care 2021; 14: e1041–e1048.
- [17] The EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025. Available from: <https://www.unav.edu/web/atlanter-global-observatory-of-palliative-care> [accessed: August 20, 2025]. [Spanish]
- [18] Muma A, Chung A, Nandi A, et al. Hospice care index technical report. NORC at the University of Chicago, 2022.
- [19] Plotzke M, Christian T, Groover K, et al. Construction and performance of the Hospice Care Index claims-based quality measure. J Pain Symptom Manage 2022; 63: 876.
- [20] Hegedűs K. Present and future of hospice care. [A hospice betegellátás jelene és jövője.] Hippocrates 2009; 11: 4–7. [Hungarian]
- [21] Government of Hungary. Decree No. 43/1999 (III. 3.) on the detailed rules of financing health services from the Health Insurance Fund. [43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.] Available from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor#> [accessed: June 20, 2025]. Hungarian]
- [22] Ministry of Culture and Innovation. Outcome requirements for higher education programs. [Kulturális és Innovációs Minisztérium. Képzési és kimeneti követelmények.] Available from: <https://kormany.hu/dokumentumtar/kepzesi-es-kimeneti-kovetelmenyek-2> [accessed: June 20, 2025].

(Domonkos Norbert,
Szeged, Temesvári krt. 31., 6726
e-mail: domonkos.norbert@szte.hu)

„Beneficium saepe dare docere est reddere.”
(Ha gyakran teszel jót, viszonzását tanítod.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)