

A budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer első 21 hónapjának működési tapasztalatai és fejlesztési lehetőségei

Operational experience and development opportunities of the unified out-of-hours primary care system in Budapest during its first 21 months

Xantus Gábor¹, Ádám Kornél² ✉, Constantinovits Miklós³, Rékassy Balázs^{4,5}

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék

²Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Sürgősségi Orvostani Klinika

³Országos Mentőszolgálat

⁴Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház

⁵Budapest Főváros Önkormányzata

Megosztott első szerzők: Xantus Gábor és Ádám Kornél.

Megosztott utolsó szerzők: Constantinovits Miklós és Rékassy Balázs

✉ kornel.adam@gmail.com

Az alapellátási ügyeleti rendszer a magyar egészségügyi ellátórendszer része. Egységesítése és az Országos Mentőszolgálat általi működtetése egységesebb szervezési és adatgyűjtési keretet teremtett. Korábban a területileg eltérő ellátásszervezés korlátozta az összehasonlítható működési adatok elemzését.

Célunk a budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer első 21 hónapjának (2024. október 1.–2026. június 30.) leíró elemzése volt. Az elemzés az Országos Mentőszolgálat által rendelkezésre bocsátott aggregált budapesti forgalmi (21 hónap) és súlyossági (2026. január 1.–június 30., n=51 495), Pest vármegyei és országos forgalmi (29 hónap), valamint országos finanszírozási adatokon alapult.

A vizsgált időszakban 177 906 ellátási esemény történt, ami évesítve mintegy 101 700 eseménynek, a fővárosi lakónépességre vetítve évi 60,7 ellátási eseménynek felelt meg 1000 lakosra. Ez alacsonyabb az azonos módon évesített, de eltérő hosszúságú időszakot lefedő Pest vármegyei (72,8) és országos (97,1) értéknél. Az érték igénybevételt és nem ellátási szükségletet mér. Az események 22,4%-a a három gyermekügyeleti ellátóhelyhez kapcsolódott, a felnőttek személyes ügyeleti ellátását 15 ellátóhely végezte, ebből kettő kizárólag hét-köznappal működött. A gyermekügyeleti ellátásban az események 87%-ában, a felnőttellátásban 64%-ában ügyeleti ponton végzett ellátás történt. A felnőttellátásban a telefonos tanácsadás aránya 15%, a kivonuló ellátásé 21% volt. Az ügyelet évente mintegy 5000 halottvizsgálatot végzett, a kivonulások 30%-ában.

A külön, 2025. évi budapesti összesítő adatsorban a hétköznapi események mintegy 61%-a 16–22 óra közé esett. Az összes működő budapesti ellátóhely együttes forgalmára számított legmagasabb óránkénti átlag hétköznapi mintegy 25 ellátási esemény/óra (hétköznapi összesen 18 ellátóhely), hétvégén és ünnepnapokon pedig közel 39 ellátási esemény/óra (16 ellátóhely) volt. Ezek az értékek a teljes budapesti rendszer együttes

forgalmát, nem egy-egy ellátóhely terhelését jelzik. Az óránkénti esetszám önmagában nem méri a kapacitáskihasználtságot vagy a hatékonyságot. Az országos finanszírozási adatok eltérő lefedettségű időszakokra vonatkoztak és nem tartalmazták teljes körűen a korábbi fenntartói, köztük önkormányzati hozzájárulá-sokat, ezért közvetlenül nem hasonlíthatók össze és költség-hatékonysági következtetést nem alapoznak meg.

Az adatok az igénybevétel időbeli egyenetlenségét és az ellátóhelyek közötti szóródást mutatják, a vizsgált időszak utolsó hat hónapjában rögzített súlyossági besorolások pedig túlnyomórészt a 0–2-es kategóriákba estek. A kapacitáskihasználtság és a hatékonyság megítéléséhez az ellátási időt, az esetösszetételt, a személyi és készenléti kapacitást, a hozzáférést, a betegkimeneteket és a minőségi mutatókat is tartalmazó részletesebb adatok szükségesek. A jelen leíró elemzésből konkrét kapacitás-, helyszín- vagy finanszírozási döntés nem vezethető le. A további kutatás a helyi keresleti mintázatokat, a munkaszervezést és az ellátási szintek közötti koordinációt vizsgálhatja.

Kulcsszavak: rendelési időn kívüli ellátás, sürgősségi egészségügyi szolgáltatások, egészségügyi finanszírozás, egészségügyi szolgáltatások igazgatása, minőségfejlesztés

The out-of-hours primary care system is part of the Hungarian healthcare system. Its standardization and operation by the National Ambulance Service established a more consistent framework for organization and data collection. Previously, variation in local organization limited the analysis of comparable operational data.

The aim was to describe utilization and operational data from the first 21 months (1 October 2024 to 30 June 2026) of the unified system in Budapest. The analysis used aggregated Budapest utilization data (21 months) and severity data (1 January to 30 June 2026, n=51,495),

Pest County and national utilization data (29 months), and national financing data provided by the National Ambulance Service.

During the study period, 177,906 care encounters were recorded, corresponding to an annualized average of approximately 101,700 encounters, or 60.7 encounters per 1,000 residents per year, below the values for Pest County (72.8) and Hungary as a whole (97.1), annualized using the same method but covering a different observation period. This measure reflects utilization, not care needs. Encounters associated with the three paediatric out-of-hours sites accounted for 22.4% of the total, while in-person adult out-of-hours care was provided at 15 sites, two of which operated on weekdays during daytime hours only. In-person care at an out-of-hours site accounted for 87% of paediatric care encounters and 64% of adult care encounters. Among adult encounters, telephone consultation accounted for 15% and mobile-unit care for 21%. Approximately 5,000 examinations of deceased persons were performed annually, representing 30% of mobile-unit care encounters.

In the separate 2025 Budapest aggregate dataset, approximately 61% of weekday encounters occurred between 16:00 and 22:00. The highest hourly average for the combined volume of all operating Budapest care sites was approximately 25 encounters/hour on weekdays (18 sites operating at different times on weekdays) and approximately 39 encounters/hour on weekends and public holidays (16 sites). These values represent the entire Budapest system, not a single care site. Hourly encounter counts alone do not measure capacity utilization or efficiency. National financing aggregates related to periods with different coverage of the system operated by the National Ambulance Service and did not fully include contributions from previous operators, including local authorities. They were therefore not directly comparable and did not support a conclusion on cost-effectiveness.

The data show temporal variation in utilization and variation between care sites. Severity classifications recorded in the last six months of the study period were predominantly in categories 0–2. More detailed data on care duration, case mix, staffing and standby capacity, access, patient outcomes, and quality indicators are required to assess capacity utilization and efficiency. This descriptive analysis does not support a specific decision on capacity, care-site configuration, or financing. Further research may assess local demand patterns, work organization, and coordination between levels of care.

Keywords: out-of-hours care, emergency medical services, healthcare financing, health services administration, quality improvement

BEVEZETÉS

Az egységes alapellátási ügyeleti rendszer a háziorvosi rendelési időn kívül jelentkező, akut, közvetlenül nem életveszélyes, a következő háziorvosi rendelésig nem halasztható panaszok ellátását szolgálja [1]. Az Országos Mentőszolgálat által működtetett rendszer 2023. február 1-jén indult, és Budapest 2024. október 1-jei csatlakozásával vált országosan egységessé [1].

Az alapellátási ügyelet szervezeti modelljei nemzetközileg jelentősen különböznek [2]. A megfelelő ellátási hely kijelölése összetett ellátásszervezési feladat, amelyben az állapot időkritikussága, az alapellátási hozzáférés, az ellátási szintek közötti koordináció és a helyi ellátórendszer sajátosságai egyaránt szerepet játszanak. A hazai rendszerben az 1830-as hívásfogadás állapotfelmérés alapján irányítja a beteget a megfelelő ellátási formához [1].

A fővárosban az ügyeleti ellátás korábban területileg eltérő szervezeti keretek között működött. Az elemzéshez a korábbi időszakból nem állt rendelkezésünkre a finanszírozás és a betegforgalom közvetlen összehasonlítását lehetővé tevő, egységes szerkezetű adatkör. Az átalakítás hivatalosan között céljai között szerepelt az ellátás egységesítése, valamint a betegbiztonság és a szolgáltatás minőségének fejlesztése. Az egységes hívószám és működési rend az egységes hozzáférés és tájékoztatás elősegítését célozta [1].

CÉLKITŰZÉS

Célunk a budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer első 21 hónapjának működési jellemzőinek leíró elemzése volt, különös tekintettel az ellátási eseményszámra, annak időbeli megoszlására és a finanszírozási adatok értelmezési korlátaira. A munka leíró jellegű, ok-okozati következtetés levonására nem alkalmas.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Retrospektív, leíró elemzést végeztünk az Országos Mentőszolgálat által rendelkezésre bocsátott aggregált adatokon. A betegforgalmi elemzés a budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer első 21 hónapjára (2024. október 1. – 2026. június 30.), a súlyossági elemzés a vizsgált időszak utolsó hat hónapjára (2026. január 1. – június 30.) vonatkozott. A hívásforgalmi adatokat ugyanerre a hat hónapra, összehasonlításként pedig az előző év azonos időszakára kaptuk meg. Önálló finanszírozási elemzést nem végeztünk, az országos finanszírozási adatokat kizárólag az értelmezési korlátok bemutatására használtuk. Az elemzési egység az ellátási esemény volt. A vizsgált időszakban Budapesten 15 felnőtt és 3 gyermekügyeleti ellátóhely működött. A 15 felnőtt ellátóhely közül 13 az ügyeleti időben, 2 pedig kizárólag hétköznappal tartott nyitva, ezért hétköznapi összesen 18, hétvégén és ünnepnapon 16 ellátóhely működött. Ezek a számok az adott naptípuson működő ellátóhelyek teljes körét jelölik, nem az egy időben nyitva tartó helyszínek számát. Az

esetek súlyosságának csoportszintű, leíró jellemzésére a prehospitalis ellátásban nemzetközileg alkalmazott National Advisory Committee for Aeronautics (NACA) állapotsúlyossági skálát használtuk [3]. A NACA-besorolás értékelőközi megbízhatóságát és a budapesti ügyeleti környezetben való validitását nem elemeztük. Az összehasonlításhoz felhasznált Pest vármegyei és országos betegforgalmi adatok eltérő, 2024. február 1-jétől 2026. június 30-ig tartó időszakot fedtek le, ezért kizárólag évesített, lakosságárányos formában szerepelnek. A nevezőként használt lakónépességi adatok forrása a Központi Statisztikai Hivatal 2026. január 1-jei állapotról vonatkozó adatközlése [4]. Az adatbázis tartalmazta az ellátási események aggregált számát, az ellátási formát, a NACA-besorolást, valamint a finanszírozási adatokat. Az ellátásban részt vevő szakemberek száma csak összesített formában, műszak- és óraszintű bontás nélkül állt rendelkezésre, ezért a személyi kapacitást nem elemeztük, és ezt az adatot nem közöljük. Az ellátóhelyenkénti óránkénti átlagok nevezője az adatszolgáltatásban megadott működési idő volt. Az 1. ábra alapjául szolgáló, külön kapott 2025. évi adatsor a működő budapesti ellátóhelyek együttes forgalmát tartalmazta, ellátási formánkénti bontás nélkül. Kizárólag aggregált adatokhoz jutottunk hozzá, egyéni szintű egészségügyi adathoz nem, ezért az egyedi betegek, az ismételt igénybevételek, az egyedi ellátási idő, az esetszintű erőforrás-felhasználás és a betegkimenet nem volt elkülöníthető, illetve meghatározható. Az adatok egyénileg nem azonosíthatók, ezért kutatásetikai engedélyezés nem volt szükséges. A feldolgozás leíró statisztikai módszerekkel történt (abszolút szám, százalékos megoszlás, számtani átlag, terjedelem), hipotézisvizsgálatot nem végeztünk.

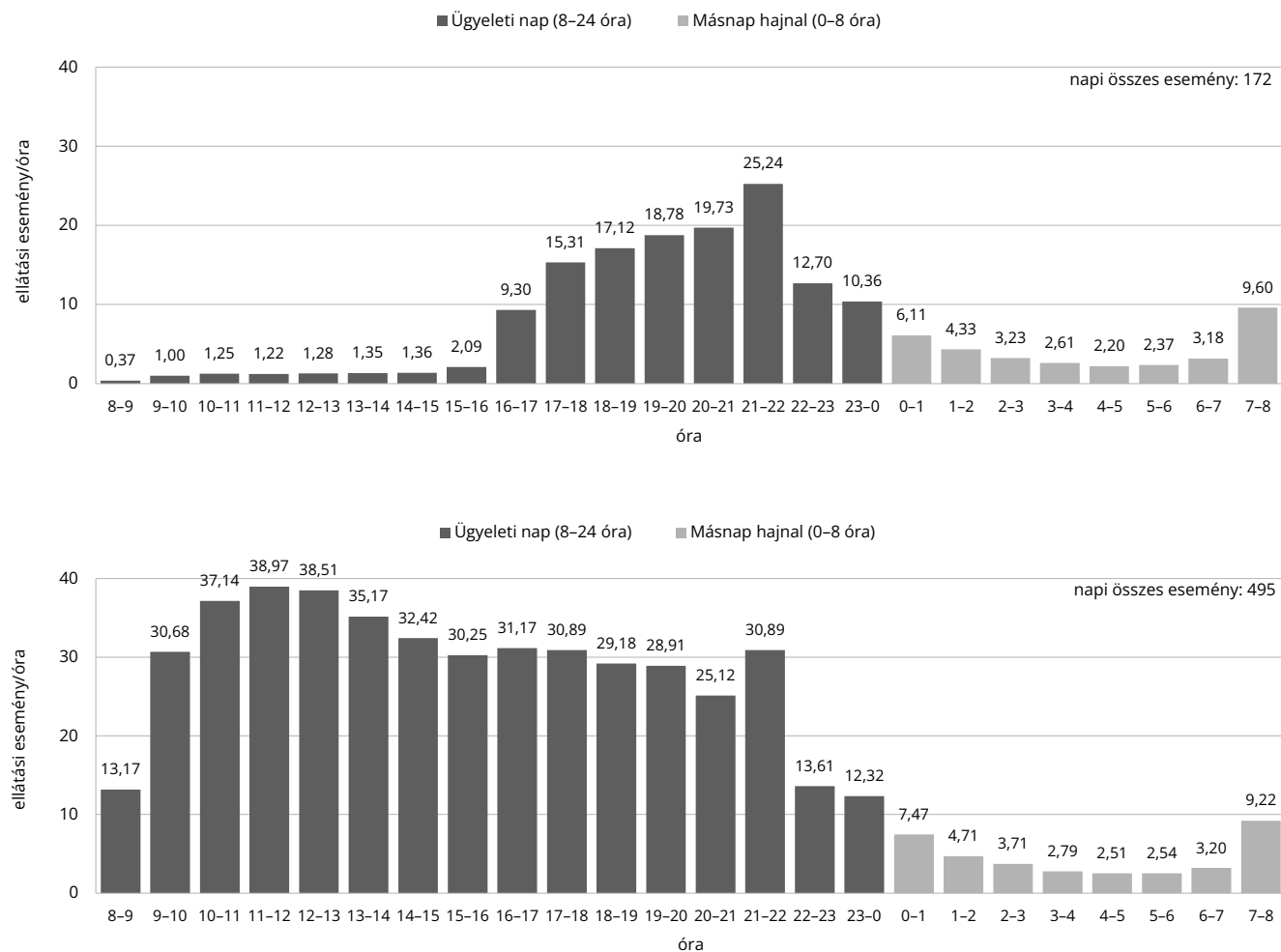
EREDMÉNYEK

A budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszerben a vizsgált 21 hónap alatt összesen 177 906 ellátási esemény történt. A 21 hónapos összesítés 12 hónapra vetítve mintegy 101 700 ellátási esemény/év, ami a Központi Statisztikai Hivatal 2026. január 1-jei budapesti lakónépességi adatával számolva [4] évi 60,7 esemény/1000 lakos igénybevételnek felel meg. Azonos módon évesítve Pest vármegyében 72,8, országosan 97,1 esemény jutott évente 1000 lakosra. Az összevetés korlátja, hogy a Pest vármegyei és az országos adat a budapestitől eltérő, 29 hónapos időszakot fed le. Az országos adatsor egy részében – a rendszer fokozatos kiterjesztése miatt – a számláló nem a teljes lakosságot ellátó rendszer forgalmát tartalmazza. Az országos érték emellett a budapesti és a Pest vármegyei eseményeket is magában foglalja, így az összehasonlított területi egységek átfedik egymást. A közölt mutatókban a budapesti érték alacsonyabb, de az eltérő megfigyelési időszakok és lefedettség együttes hatása nem számszerűsíthető, az adatokból azonos időszakra és teljes lefedettségre vonatkozó területi különbség nem becsülhető pontosan. Az ellátási formák megoszlása a következő volt: az események 69,4%-ában ügyeleti ponton végzett ellátás, 14,2%-ában telefonos tanácsadás, 16,4%-

ában kivonuló ellátás történt. A kivonuló ellátások 29,9%-át halottvizsgálatok tették ki, ami az összes esemény 4,9%-ának, 12 hónapra vetítve mintegy 4960 halottvizsgálatnak felelt meg. A két, kizárólag hétköznap nappal működő ellátóhelyen ez az arány kiemelkedő volt, összes eseményük 46,4%-a, illetve 35,5%-a halottvizsgálat volt. Az események 22,4%-a a három gyermekügyeleti ellátóhelyhez kapcsolódott. A felnőttellátásban az események 64,3%-a ügyeleti ponton, 15,1%-a telefonos tanácsadás formájában, 20,6%-a kivonuló ellátásként valósult meg, a gyermekügyeleti ellátóhelyeken ugyanezek az arányok 87,2%, 11,1% és 1,7% voltak.

A 21 hónapos összesítésben a felnőttellátásban az események 9,1%-ában mentő nélküli kórházi beutalás, további 4,8%-ában mentővel történő kórházi szállítás történt, a kettő együtt az események 13,9%-a. Az ellátóhelyenkénti együttes arány 9,7% és 24,4% között változott. A gyermekügyeleti ellátóhelyeken a mentő nélküli beutalás aránya 5,3%, a mentővel történő szállításé 0,4%, a kettő együtt 5,8% volt, ellátóhelyenként 3,7% és 8,9% között. Az ellátóhelyek közötti eltérések értelmezéséhez a helyi esetösszetétel, a hozzáférési viszonyok és az ellátási környezet részletesebb elemzése szükséges. A NACA-besorolás megoszlása a vizsgált időszak utolsó hat hónapjára (2026. január 1. – június 30., n=51 495) állt rendelkezésre: a 0–2 kategóriák együttes aránya 89,0%, a 3-as kategóriáé 5,8%, a 4–6 kategóriáké együttesen 0,3% volt, a halál megállapítását jelentő 7-es kategória pedig az események 4,9%-át tette ki. A közölt adatsorban a 7-es kategóriába sorolt események száma (2512) megegyezik az ugyanezen időszakban rögzített halottvizsgálatokéval. Ez az összesített számazonosság önmagában nem igazolja az események egyedi megfelelését vagy a halál bekövetkezésének időpontját, a 7-es kategória aránya nem értelmezhető az ügyeleti ellátás során bekövetkezett halálozás mutatójaként. Besorolás valamennyi eseményhez rendelkezésre állt. A NACA-megoszlás az ellátások indokoltságáról, időigényéről és erőforrásigényéről nem ad felvilágosítást. Mivel a besorolás csak a vizsgált időszak utolsó hat hónapját fedi le, a teljes 21 hónapra nem általánosítható.

A 2025. évi budapesti összesítő adatsorban a hétköznapi események mintegy 61%-a a 16–22 óra közötti időszakra esett. A működő budapesti ellátóhelyek összesített forgalmára számított óránkénti átlag csúcsértéke hétköznap 25,24 ellátási esemény/óra volt (a hétköznap működő 18 ellátóhely összesített adata), hétvégén és ünnepnapokon pedig 38,97 esemény/óra (16 ellátóhely együttesen), lásd 1. ábra. Ezek az értékek a teljes budapesti rendszer együttes forgalmát, nem egy-egy ellátóhely terhelését jelzik. A 21 hónapos összesítésben a felnőtt ellátóhelyek nyitvatartási időre vetített átlagos forgalma hétköznap 0,63 (terjedelem 0,43–0,81, n=15), hétvégén és ünnepnapokon 1,20 (terjedelem 0,98–1,62, n=13, mivel a két, kizárólag hétköznap nappal működő ellátóhely ilyenkor zárva tart) esemény/óra volt, a három gyermekügyeleti ellátóhelyen hétköznap 1,68 (0,89–2,16), hétvégén és ünnepnapokon 3,15 (1,77–3,87) esemény/óra. A nevezőként használt működési idő ellátóhelyenként eltért,



1. ábra

A budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer ellátási eseményeinek 2025. évi összesített forgalma (felső grafikon: hétköznap, alsó grafikon: hétvége és ünnepnap). Az ábra a működő budapesti ellátóhelyek együttes, ellátási formánként nem bontott, az ügyeleti nap logikája szerint 8 órától a másnap reggeli 8 óráig ábrázolt óránkénti átlagos eseményszámát mutatja (hétköznap 18, hétvégén és ünnepnapokon 16 ellátóhely), az értékek nem ellátóhelyenként értendők. Az ellátóhelyszámok nem egyidejű nyitvatartást jelentenek. A „napi összes esemény” feliratok az adott naptípusra számított átlagos napi eseményszámot jelölik. A 2025. naptári év a vizsgált 21 hónapos időszak teljes egészében lefedett részeit jelöli. Hétköznap: 2025. január 2.–december 31., hétvége és ünnepnap: 2025. január 1.–december 28. (forrás: Országos Mentőszolgálat egyedi adatszolgáltatása, 2026)

ezért ezek az értékek az ellátóhelyek közvetlen összehasonlítására korlátozottan alkalmasak. A vizsgált időszak utolsó hat hónapjában Budapesten 319 474 hívás érkezett az 1830 hívószámra, a hívások 54,8%-a hétvégére és ünnepnapra esett, a napi eloszlásban a 16–20 óra közötti időszáv volt a legterheltebb. A hívások száma az azonos időszakban rögzített ellátási események többszöröse volt. A két szám egymásnak nem feleltethető meg, mert egy ellátási eseményhez több hívás is tartozhat, a hívások egy része pedig nem eredményez ellátási eseményt. Az ismételt és a megszakadt hívások az aggregált adatból nem különíthetők el. Az előző év azonos időszakában 177 519 hívást rögzítettek. A különbség háttérben álló tényezők az aggregált adatokból nem azonosíthatók, ezért belőle az ellátási szükséglet változására nem következtethetünk. Az óránkénti esetszámok nem tartalmazzák az egyes ellátások és a betegkontaktuson kívüli feladatok időigényét, az esetösszetételt vagy a szükséges személyi és

készenléti kapacitást, ezért önmagukban nem tekinthetők a kapacitáskihasználtság vagy a hatékonyság közvetlen mérőszámának.

A 2023. és 2025. évi országos finanszírozási adatok az egységes rendszer fokozatos országos kiterjesztése miatt eltérő lefedettségű időszakokra vonatkoztak. Az adatok nem tartalmazták teljes körűen a korábbi fenntartói – köztük önkormányzati – hozzájárulásokat és a teljes ráfordításokat, ezért közvetlen idősoros összevetés, eseményenkénti ellátási költség vagy költséghatékonyság nem volt meghatározható.

MEGBESZÉLÉS

Az egységes alapellátási ügyeleti rendszer bevezetése szervezeti változást eredményezett a hazai alapellátásban. Az országos szakmai koordináció és az egységes működési rend közös szervezési keretet hozott létre. Elemzésünk a

budapesti ellátási eseményszám időbeli megoszlását mutatta be: a 2025. évi összesítő adatsorban a forgalom a hétköznap esti, valamint a hétvégi és ünnepnap időszakokra koncentráldott. E mintázatok leíró jellegűek, a működési modell és az ellátás minőségének értékelésére nem alkalmasak.

Az óránkénti eseményszám erősen időfüggő: a hétköznap nappali időszakban, amikor a fővárosban csak a két, kiemelkedően magas halottvizsgálati arányú nappali ügyeleti pont működik, alacsony. Az ellátóhelyenkénti óránkénti átlag hétvégén és ünnepnapon közel kétszerese volt a hétköznapinak. Az alacsonyabb nappali eseményszám önmagában nem kérdőjelezi meg az ügyelet szükségességét. A fővárosi lakosságarányos igénybevétel a fent ismertetett korlátokkal együtt értelmezve alacsonyabb a Pest vármegyei és az országos értéknél. Ez igénybevételi és nem szükségleti mutató, a különbség hátterében a fővárosban elérhető ellátási formák eltérő köre is állhat, ezek hatása az adatokból nem különíthető el. Az igénybevételi mutatók az ellátás időigényéről sem adnak felvilágosítást: az ügyeleti ellátások időigénye – különösen sürgető tünetekkel jelentkező, az ellátó számára nem ismert betegek esetén – eltérhet a tervezett háziiorvosi vizitétől.

Az anyagi ráfordítások megítéléséhez az esetszámokon túl a megbízhatóságot, az ellátás minőségét, a hozzáférést, a rendelkezésre állást és a humánerőforrás megtartását is vizsgálni kell. A jelen adatok nem elegendők a működési modell költséghatékonyságának megítéléséhez. Az eseményszám időbeli egyenetlensége önmagában nem indokol kapacitás- vagy helyszínváltozást, ilyen következtetés a jelen adatokból nem vonható le. A mintázat inkább azt jelöli ki, milyen további adatok ismeretében válik megítélhetővé, hogy a jelenlegi helyszín- és időablak-struktúra mennyiben illeszkedik az igénybevételi mintázathoz: az óránkénti és csúcsidei esetszámok mellett az ellátóhelyenkénti és időablakonkénti tényleges terhelés, az ellátási idő, az esetösszetétel, a személyi és készenléti kapacitás, a betegkimenetek, a dolgozói terhelés, valamint a lakossági hozzáférés és a betegek utazási terhének együttes ismerete szükséges hozzá. Az érintett ellátók és fenntartók bevonásával végzett helyi pilotok ezek mentén értékelhetnek szervezési alternatívákat.

További elemzés vizsgálhatja – az érintett háziiorvosok bevonásával – a praxisok együttműködését és a praxisközösségi működés lehetséges szerepét [5]. Vizsgálhatók továbbá a sürgősségi osztályokon belül vagy azok mellett működő alapellátási modellek egyes elemei [6,7]. A hivatkozott nemzetközi összefoglalók heterogén szervezési hatásokat és jelentős bizonytalanságot jeleznek, nem alapoznak meg általános következtetést e modellek fölényéről, biztonságosságáról, tehermentesítő hatásáról vagy költséghatékonyságáról. A hazai alkalmazhatóság és hatás prospektív pilotvizsgálatokban értékelhető.

KÖVETKEZTETÉSEK

Elemzésünk a budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer első 21 hónapjának működési adatait írta le. Az ügyeleti forgalom időben egyenetlen és összetételében sem egynemű: az események egy része telefonos tanácsadás, kisebb hányada halottvizsgálat volt, a rögzített súlyossági besorolások pedig a vizsgált félévben túlnyomórészt a 0–2-es kategóriákba estek. Az ellátási esemény mint elemzési egység ezért csak korlátozottan jellemzi az ügyeleti tevékenységet. Az ellátóhelyek közötti szóródás önmagában nem értelmezhető teljesítménykülönbséggént, értelmezéséhez az esetösszetétel és az erőforrás-felhasználás részletesebb vizsgálata szükséges.

Az ellátási időre, a személyi és készenléti kapacitásra, valamint a betegkimenetekre vonatkozó adatok hiányában a kapacitáskihasználtságról, a hatékonyságról és a költséghatékonyságról következtetés nem vonható le. Az egységes szervezeti elemek, a közös hívószám, a működési rend és az adatgyűjtés hatását szintén nem értékeltük. A jelen leíró elemzésből konkrét kapacitás-, helyszín- vagy finanszírozási döntés nem vezethető le. A rendszer egységes adatgyűjtési kerete ugyanakkor lehetővé teszi, hogy a működést előre rögzített hozzáférési, megbízhatósági, minőségi és erőforrás-mutatók mentén rendszeresen kövessék, a szervezési alternatívákat pedig a lakossági hozzáférhetőség romlásának elkerülése mellett értékeljék.

Anyagi támogatás: a közlemény megírása, illetve az alapját képező és a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: X. G.: ötlet- és projektgazda, a koncepció kidolgozása, a kézirat szakmai lektorálása és jóváhagyása. R. B.: ötletgazda, projektfelelős, stratégiai elemzés, irodalomkutatás, a kidolgozás részleteinek megvalósítása. Á. K.: az adatok feldolgozása és leíró elemzése, az 1. ábra elkészítése, a kézirat szövegezése és a végső szöveg kialakítása, a klinikai szempontok szakmai felügyelete. C. M.: intézményi adatkoordináció, a kézirat szakmai felülvizsgálata és szerzői jóváhagyása. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: a feltüntetett intézményi affiliációkon túl a szerzőknek a közlemény tárgyával összefüggő pénzügyi vagy egyéb érdekelttségük nincs.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

[1] Országos Mentőszolgálat. Egységes alapellátási ügyelet. <https://www.mentok.hu/ugyelet/> (elérés: 2026. augusztus 26.) [Hungarian]

[2] Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. BMC Health Serv Res. 2009; 9: 105. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-105>

- [3] Raatiniemi L, Mikkelsen K, Fredriksen K, Wisborg T. Do pre-hospital anaesthesiologists reliably predict mortality using the NACA severity score? A retrospective cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2013, 57: 1253–1259. <https://doi.org/10.1111/aas.12208>
- [4] Központi Statisztikai Hivatal. A lakónépesség nem, vármegye és régió szerint, január 1. STADAT 22.1.2.1. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0034.html (elérés: 2026. szeptember 10.) [Hungarian]
- [5] Dózsa KM, Mezei F, Kalmár I et al. Structural change supporting primary care service improvement programs based on the outcomes of primary care practice cluster model programs (2013–2020). [Egészségügyi struktúraváltást támogató, bizonyíték alapú szolgáltatásfejlesztések bemutatása a praxisközösségi modellprogramok (2013–2020) működésének tapasztalatai alapján.] *IME*. 2022, 21(3): 3–15. <https://doi.org/10.53020/IME-2022-301> [Hungarian]
- [6] Cooper A, Davies F, Edwards M et al. The impact of general practitioners working in or alongside emergency departments: a rapid realist review. *BMJ Open*. 2019, 9: e024501. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024501>
- [7] Gonçalves-Bradley DC, Khangura JK, Flodgren G et al. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018, (2): CD002097. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002097.pub4>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Xantus Gábor a Semmelweis Orvostudományi Egyetem elvégzését követően három szakvizsgát tett. Tíz éves külföldi sürgősségi műszakvezetői gyakorlattal, nemzetközi egyetemi oktatói tapasztalattal, valamint a köz- és versenyszférában megszerzett 17 éves ve-

zetői gyakorlattal rendelkezik. Master of Science tudományos fokozatát az Egyesült Királyságban a Cardiff University-n vehette át. A Pécsi Tudományegyetem PhD-hallgatója, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Köszolgálati Karán az Egészségügyi Menedzserképző Központ egészségügyi menedzser mesterképzésén vesz részt.



Ádám Kornél mentőtiszt és kiterjesztett hatáskörű ápoló (APN). Ápolás mester szakon, sürgősségi szakirányon szerzett diplomát, évek óta dolgozik a pre-hospitális és a hospitális sürgősségi ellátásban egyaránt. Operatív igazgatóhelyettesként a sürgősségi osztály mun-

kaerő-tervezéséért, a betegáramlás és a kapacitások menedzsmentjéért, valamint a minőségfejlesztési programokért felel. Ápoló- és orvostanhallgatókat oktat, ápolói szakképzésben vizsgáztat. Kutatási területe a sürgősségi ellátás kimeneteit meghatározó környezeti és szervezeti tényezők, ezen belül a triázs- és döntéstámogató modellek fejlesztése és validálása.



Constantinovits Miklós sürgősségi és mentőorvos, az Országos Mentőszolgálat főigazgatója. Több mint 15 éve dolgozik a prehospitális sürgősségi ellátásban, pályáját mentőápolóként kezdte, majd mentőtisztként és orvosként folytatta. Vezetői és szakmai munkájá-

nak fókuszában az innováció, a digitalizáció, az adatvezérelt működés és minőségbiztosítás, valamint a szervezeti kultúra fejlesztése áll. Kiemelt célja a modern technológiák és új ellátási modellek gyakorlati integrációja, valamint egy transzparens, tanuló és folyamatos megújulásra képes mentőszolgálat fejlesztése. Több hazai és nemzetközi szakmai, kutatási és innovációs program résztvevője és vezetője.



Rékassy Balázs orvos, egészségügyi szakmenedzser, egészség-szakpolitikai szakértő a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán végzett 1992-ben, majd Londonban folytatta tanulmányait, a Londoni Egyetem Népegészségügyi és Egészségpolitikai szakának mester-, majd 2 évig PhD-hallgatója volt. Az ELTE Társada-

lomtudományi Kar Egészség-gazdaságtani Munkacsoport Gyógyszerpolitika és gyógyszergazdaságtan szakirányán is kiváló hazai tanároktól tanult. Munkatapasztalata az egészségügy széles spektrumát felöleli: dolgozott az alapellátásban, Egészségügyi Minisztériumban, a Világbank Népegész-

ségügyi Programjában, a gyógyszeriparban, hazai egészség-biztosító vezetésében és egészségpénztár létrehozásában, alapításában. Nevéhez fűződik az első szolgáltatást finanszírozó Vitalitás kiegészítő magán-egészségbiztosítás-, Millenium Medicina egészségpénztár megteremtése, a veres-egyházi irányított betegellátási modellkísérlet indítása, a HPV-védőoltás bevezetése, a közelmúltban a COVID-dal kapcsolatos szakmai és társadalmi objektív tájékoztatás elősegítése, a Konszenzus az Egészségért Kőr Szakértői (KEKSZ) szakmai munkacsoport megalakítása. Jelenleg a Fővárosi Önkormányzat egészségügyi szakértője, ill. a SE Családorvosi Tanszékének rezidense. Fő kutatási területe a magánegészségügy növekedése, a magán-egészségbiztosítás és a hazai egészségügy reformjának lehetőségei.