MAGYAR ORVOSI KAMARA
HÁZIORVOSI CSOPORT

Dr. Pintér Sándor belügyminiszter úr
Belügyminisztérium

Dr. Révész János országos kórház-főigazgató úr
foigazgato@okfo.gov.hu
Országos Kórházi Főigazgatóság

Dr. Végvári Tamás alapellátási igazgató úr
vegvari.tamas@okfo.gov.hu
Országos Kórházi Főigazgatóság

Prof. Dr. Andreika Péter egészségügyi szakmai kollégiumi elnök úr
szakmaikollegium@okfo.gov.hu
Országos Kórházi Főigazgatóság

Kiss Zsolt főigazgató úr
foigtitk@neak.gov.hu
Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

Tisztelt Belügyminiszter Úr**!**
Tisztelt Országos Kórház-főigazgató Úr!
Tisztelt Alapellátási Igazgató Úr!
Tisztelt Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Elnök Úr!
Tisztelt Főigazgató Úr!

.....

A Magyar Orvosi Kamara Háziorvosi Csoportja minden olyan kezdeményezést támogat, ami a betegellátás minőségének javítása érdekében történik, különösképp akkor, ha az forrásbevonással is jár és többletet eredményez az alapellátás finanszírozásában. Örömmel fogadtuk azt a gondolatot, hogy a háziorvoslás fő feladatai közül a krónikus betegségek gondozását helyezve a fókuszba, megjelent a **Krónikus Betegségmenedzsment Orvosszakmai Program.**

A program kapcsán sajnálattal vettük tudomásul, hogy a projekt szakmai programjába csak annak megjelenése után kaphattunk betekintést, és a program dokumentumainak **szakmai és gyakorlati megvalósulását érintő technikai előkészítésében véleményezési szinten sem vehettünk részt**. Ezzel együtt, azért, hogy tagjaink a megfelelő szakmaisággal, felkészülten és felelősséggel tudjanak csatlakozni a programhoz, munkacsoportunk a nyilvános beszámolókat, a NEAK oldalán közzétett tájékoztatót és a szakmai programot részletesen tanulmányozta, majd ezt követően szakmai megállapításait összefoglalta és a MOK Háziorvosi Csoport tagjaival megvitatta.

Az alábbiakban az így felmerült **meglátásainkat ismertetjük**, továbbá a programmal kapcsolatban **kérdéseket fogalmazunk meg és a problémás pontokra megoldási javaslatokat is teszünk.** Kiemelten fontosnak tartjuk azt, hogy a program megvalósítása során folyamatos legyen a **párbeszéd** az egészségügyi kormányzat, valamint a szakmai irányításért és a finanszírozásért felelős szervek és a programot megvalósító háziorvosok között. Bízunk abban, hogy a mostani **pilot programnak** is tekinthető egy éves próbaidőszak után, a megvalósult gondozási feladatok dokumentálása által jelentett adatok ismeretében, - arra alapozva és a jó gyakorlatokat megtartva és tovább fejlesztve - **a program tartósan fennmarad**.

Reméljük, hogy az így szerzett gyakorlati tapasztalatok jó alapot adhatnak arra, hogy a háziorvosi munka gondozási **protokolljai fejlődjenek**, egységesedjenek, **modernizálódjanak és a minőségbiztosított gondozási tevékenységre törekedve pozitív irányba fejlődjön** az alapellátásnak ez a szegmense is.

Budapest, 2025.július 01-én

dr. Porpáczy Krisztina
MOK Háziorvosi Csoport Vezető

Krónikus Betegségmenedzsment Orvosszakmai Program 2025 – Rövid összefoglaló

A program célja

Szervezett, protokollal támogatott gondozás a 4 fő krónikus betegségcsoportban (diabetes, hypertonia, COPD, kardiovaszkuláris betegségek), a szoros praxisközösségekben dolgozó praxisok számára.

Előnyök

- **Többletforrás** bevonása (maximáslian, körülbelül 333 000 Ft/hó/praxis érhető el).
- **Egységes gondozási protokollok kialakítása.**
- **Szakdolgozói kompetenciák** bevonása (strukturált gondozási feladatok).
- **Mérhetőség, regisztráció**, későbbi gondozási protokollfejlesztés megalapozása.
- **Eszközfejlesztés, POCT-eszközök alkalmazásának és finanszírozásának modellezése és beemelése.**
- **Online képzés** – a részvétel nem igényel helyettesítést és szabadságot.

Korlátok

- Csak **szoros praxisközösségben működő** felnőtt/vegyes praxisok vehetnek részt (gyermekorvosi és fogorvosi praxis nem).
- **Maximum 100 beteg** gondozható praxisonként.
- **Nem komplex**, egy páciens csak egy krónikus gondozási csoportba sorolható be.
- **Minden vagy semmi** alapú finanszírozás – ha 1 feladat elmarad, teljes visszavonás.
- **Jelentős adminisztrációs és időráfordítási teher** (1 beteg minimum 5 óra).
- **Szakrendelői háttér** nem biztosított → hozzáférési nehézségek, várólisták.
- **A praxiskörnyezet** gyakran nem alkalmas a kivitelezésre (nincs nővérszoba, kevés az eszköz, kis alapterület, kevés szakdolgozó).
- **Szoftverek és informatikai háttér** hiányos.
- **Megkésett eszközfejlesztési pályázat.**

Financiális szempontok

- **Elérhető bevétel**: maximum bruttó 333 000 Ft/hó/praxis.
- **Várható kiadások**: orvosi és szakdolgozói bérek, eszköz-, informatikai- és szoftverköltségek.
- **Előzetes részfinanszírozás, ami sikertelenség esetén visszavonható** a projekt végén → bizonytalan cash flow.
- A projekt végén **nincs biztosítva a fenntartás, vagy folytatás.**

Meggondolandó kérdések belépés előtt

- Van-e elegendő **szakdolgozói kapacitás**?
- **Technikai és térbeli feltételek** adottak-e?
- Van-e a régióban **reálisan elérhető szakrendelői háttér**?
- Bevonható betegek **együttműködőek-e, mobilisak-e**?
- A praxis bírja-e a **többlet idő- és adminisztrációs terhet**?

A program részletes elemzése

I. A program előnyei

- **Forrásbevonás** történik ezáltal az alapellátásba.
- A **négy vezető krónikus betegcsoportban** már gondozásba vett betegekre fókuszál.
- Rendszerezett, szervezett formában ad lehetőséget a négy fő betegségcsoporthoz tartozó páciensek gondozására.
- **Egységes protokollok** mentén történik a gondozás.
- A program protokoll pontjainak meghatározása részben **szakdolgozói kompetenciák** megjelölésével történt.
- Lehetőséget ad a **mért paraméterek egységes regisztrálására**, melyek jó alapot teremthetnek a jövőben a krónikus betegmenedzsment **protokollok** kidolgozására.
- Lehetőséget ad a **praxisok strukturált átvizsgálására** abban a tekintetben, hogy jelenleg hogyan zajlik ezen négy krónikus betegséggel élők gondozása, állapotfelmérése.
- Lehetőséget biztosít a **rendszeres gondozásra járás** megfelelő kommunikációval történő **ösztönzésére**, és annak megerősítésére, hogy a betegek saját állapotukkal és egészségükkel kapcsolatosan felelősen gondolkodjanak. **Betegedukáció erősítése**.
- A programmal párhuzamosan meghirdetni tervezett és **kapcsolódó eszközfejlesztési program** várhatóan új eszközök biztosítására ad lehetőséget a közép-magyarországi régióban.
- A program elindíthatja a **POCT eszközök alkalmazásának egységesítését** és a működtetés financiális hátterének felmérését, kidolgozását. Amennyiben ezeknek az alkalmazása elfogadott lesz a programban (a metódusa még nem kidolgozott), úgy végre megvalósulhat a POCT eszközök alkalmazásának egységes többletfinanszírozása is.
- Mérhető lehet az, hogy az eszközök praxisbeli alkalmazása mennyi **megtakarítást eredményezhet a járóbeteg ellátásban**.
- Az **implementáció online képzéssel** biztosított. Nem igényli plusz szabadnap biztosítását, helyettesítés megszervezését. A tananyag munkaidőn kívül is elsajátítható.

II. A program korlátaival kapcsolatos kérdések

1. A szakmai program általános korlátai

A programban **csak a szoros praxisközösségben** működő praxisok vehetnek részt. A nem ilyen formában működő praxisok és gondozott pácienseik számára nem elérhető ez a fajta komplex gondozás.

A szakmai programnak a belépés feltételeit szabályozó egyetlen olyan eleme sincs, amit a nem szoros praxisközösségi formában működő, ahhoz nem csatlakozó praxis ne tudna teljesíteni. Jónéhány olyan praxis is van az országban - elsősorban a hátrányos helyzetű térségekben -, amelyek esetén a szoros praxisközösséghez való csatlakozás egyik gátja az, hogy a praxis egy vagy több tartósan betöltetlen, helyettesítéssel ellátott praxissal, vagy olyan praxissal szomszédos, aminek működési jellemzői nem alkalmasak a szoros praxisközösségi csatlakozásra (idős team, nyugdíjba vonuló orvos). Úgy véljük, hogy a nem szoros formátumban működő praxisok ezen kitétel miatt önhibájukon kívül kerülnek hátrányosan mellőzött helyzetbe és esnek el ezáltal a szolgáltatásuk minőségét javító és a bevételüket emelő lehetőségtől.

Kérdés: **Ezzel kapcsolatban megfogalmazódik az felvetés, hogy mi indokolja a szoros praxisközösségen kívüli praxisok kizárását a programból?**

Ugyanígy **nem vehetnek részt a programban a házi gyermekorvosi és a fogorvosi praxisok**, részükre nincs lehetőség hasonló gondozási programban való részvételre sem.

Az ilyen praxisok szempontjából ez diszkriminatív abban a tekintetben, hogy hiába szoros praxisközösségi tagok, többletbevételt eredményező projektben nem tudnak és korábban sem tudtak részt venni. A gyermekorvosi praxisokban is nagy számban vannak gondozást igénylő krónikus betegek, megelőzhető és szűrhető betegségek. A gyermekek esetén a prevenció és a szűrés kiemelt jelentőséggel bír és annak sikeressége meghatározza a jövőbeni egészségi állapotuk alakulását, így elősegítheti egy egészségtudatosabb és egészségesebb társadalom kiépülését. Ugyanezek a szempontok kiemelt jelentőséggel bírnak a fogorvosi praxisokban is.

Kérdés:

- **Mi indokolja azt, hogy a szoros praxisközösségben tevékenykedő fogorvosi és a gyermekorvosi praxisok részére nincs alternatív modellje a projektnek?**

A projektben a bevonható betegek létszáma korlátozott, **maximum 100 fő**. **A páciensek kiválasztása nem objektivizált**. A program **csak a már diagnosztizált betegek beválasztását teszi lehetővé és** a **polimorbid beteg** esetén egy páciens csak egy gondozási projektbe bevonható.

Ez a 100 fős betegszám egy átlagos praxisra vetítve alig több, mint a betegek 7%-a, és közel sem fedi le az adott betegségtípusokban a teljes gondozotti kört. A kiválasztásban a praxisban dolgozó orvost nem segítik preferált, valós gondozási igényekhez igazodó szakmai kritériumok. A betegkiválasztásban az egyik legfontosabb szempont a páciensek együttműködő készsége lesz, akár a projekt szakmai tartalmának főbb kritériumain és a finanszírozási megkötésein túl is. Az előbbiek miatt nem biztosított az, hogy a programba valóban az állapotuknak és gondozási igényeiknek megfelelően, az arra leginkább rászoruló páciensek kerüljenek be. A program csak a már diagnosztizált betegek beválasztását teszi lehetővé, nem biztosított a primer prevenciós és a szűrő jelleggel végzett tevékenységek többletfinanszírozása. A polimorbid beteg esetén a páciens csak egy gondozási projektbe vonható be, így - finanszírozott formában - nincs lehetőség komplex gondozásba vételre.
Mind a négy fenti szempont kikötése gátolja a páciensek egyenlő eséllyel történő bevonását és a jelenleg gondozottak csak igen szűk körének biztosítja ezt a fajta kiemelt figyelmet.

Kérdés:

- **Mi a szakmai indoka annak, hogy a beválasztásnak központilag meghatározott létszámkorlátja van és nem veszi figyelembe a polimorbid páciensek összetett gondozási igényeit?**

A program több helyen is hivatkozik **a szoros praxisközösségi együttműködésre, de a részletes programban a** praxisközösségi **együttműködés keretei nem szabályozottak.**

*A program több helyen is hivatkozik **a szoros praxisközösségi együttműködésre**, ezzel szemben lehetőséget ad arra is, hogy egy szoros praxisközösséghez csatlakozott praxis, akár egyénileg is részt vegyen a programban.*
*A praxisközösségi **együttműködés keretei a program szintjén nem szabályozottak** (hatáskörmegosztás, munkáltatói jogkör gyakorlása, szakmai tartalom, finanszírozási kérdések).*

Kérdés:

- **Ha ilyen egyéni formában történik a csatlakozás, akkor vajon hogyan valósul meg ez a több helyen is hivatkozott együttműködés?**
- **Ha megvalósul az együttműködés (szakdolgozó alkalmazása, eszközbeszerzés), akkor a praxisközösségeknek milyen jelenlegi szabályozók mentén kell és lehet együttműködni?**
- **Van-e a programban bármilyen ösztönző, vagy bónusz ilyen együttműködés megvalósítása esetén?**

A program egy jól működő **szakrendelői háttérre épül**, egyes elemei csak **szakrendelésekhez kötötten** valósíthatóak meg és nem veszi figyelembe azon vizsgálati eredmények meglétét, ami a szakma szabályai szerint a beválasztáskor még érvényes **határidőn belül** vannak. Ennek következménye a **szakrendelések többletterhelése** lehet.

*A projekt egyes feladatainak elvégzése jelenleg kizárólag **szakrendeléshez kötötten** valósíthatók meg. A programban minden gondozási csoportban szerepelnek olyan szakvizsgálatok, amik arra alapoznak, hogy az ezekhez szükséges **szakrendelői és szakorvosi, vagy diagnosztikai háttér** a projektben meghatározott időszakon belül és korlátlan számban biztosított lesz (tüdőgyógyászat, nefrológia, szemészet, kardiológia, képalkotó- és egyéb diagnosztika, labor).*
Ez a szakrendelői háttér jelenleg az egyes régiókban, járásokban eltérő módon és igen egyenetlen formában hozzáférhető. A kapacitás sok esetben kevés, a hozzáférés szűk és az előjegyzési idő hosszú. Ez jelentős korlátja a program egy éven belüli sikeres befejezésének.
*Az érintett szakrendelések nincsenek felkészülve a projekt által generált jelentős többletfeladat elvégzésére, a projektben gondozottak részére jelenleg nincs elkülönített idősáv, kapacitástöbblet vagy soronkívüliség. A program nem veszi figyelembe azt sem, ha a bevonás időpontjában a páciensnek a szakmai protokollok, szabályok szerint van **adott határidőn belül érvényes vizsgálata** (laborvizsgálat, UH, spirometria, egyéb szakorvosi vizsgálat). Ahhoz, hogy a protokoll végrehajtása teljes értékű legyen, 1 éven belül ezeket a vizsgálatokat ismételni kell, ez tovább terheli a szakrendelői kapacitást és feleslegesen ismételt vizsgálatokat generál. A program bevezetőjében (minden gondozási protokoll esetén) elérendő célként fogalmazzák meg a szerzők azt, hogy ezáltal csökkenjen a szakrendelők terhelés, de a fentiek tükrében rövid távon a szakrendelői terhelés biztosan nem csökkeni fog, hanem jelentősen nőni.*

Kérdés:

- **Milyen intézkedések segítik azt, hogy a projekt sikeres megvalósításának ne legyen gátja a szakrendelői kapacitáshiány, a szakorvoshiány, a szakrendeléseken jelenleg tapasztalható több hónapos előjegyzési idő?**
- **Várható-e kapacitásbővítés, kijelölt idősáv biztosítása?**
- **Hogyan kerülhető el az, hogy a még érvényes szakvizsgálati eredménnyel rendelkező beteg esetén ne kelljen feleslegesen ismételni egy vizsgálatot csak azért, hogy érvényes megjelenése legyen a bevont páciensnek?**

Szakmai aggályok is felmerülnek a programmal kapcsolatban. Néhány esetben a hivatkozott **adatok pontatlanok**, vagy validitásuk erősen megkérdőjelezhető. Az egyes gondozási protokollok **szakmai anyagaiban nem egyértelműek** bizonyos tevékenységek kompetenciákhoz rendelése. Az egyes gondozási **feladatok megvalósítása és azok dokumentálása** csak egyesével lehetséges. A program teljesítésének a feltétele **egy speciális online képzés elvégzése**. Nem tartalmaz a program javaslatot a **betegbeválasztás strukturált formátumára**, A program több helyen hivatkozik a **„strukturált beutaló" elkészítésére**, de erről részletes leírás nincs. A program **nem épít a beteg egyéni felelősségére**. **Hiányoljuk a szakmai programból a komplex és holisztikus szakmai szemléletet.**

*Az egyes betegségcsoportok menedzsmentjét leíró részletes protokollok több helyen tartalmaznak olyan megállapításokat, amelyek **több éves, akár évtizedes, idejétmúlt adatokra**, tanulmányokra hivatkoznak. Néhány esetben a hivatkozott adatok pontatlanok, vagy validitásuk erősen megkérdőjelezhető.*

*Az egyes gondozási protokollok szakmai anyagaiban nem egyértelműek, több esetben **pontatlanok és nem egységesek a kompetencia besorolások**. Az egyes feladatokat több esetben delegálják a szerzők magasabb kompetenciájú szakdolgozóknak, mint ahogy az valóban szükséges lenne. Figyelembe véve **a praxisokban jelenleg rendelkezésre álló szűk szakdolgozói kapacitást**, ennek átgondolása mindenképpen szükséges lenne.*

*Az egyes gondozási feladatok megvalósítása és azok **dokumentálása csak egyesével lehetséges**. A gondozásonkénti 25-30 részfeladat elvégzése egy éven belül legalább ugyanennyi adminisztratív .vagy telemedicinás ellátást, és/vagy személyes megjelenést generál a praxisokban. Ez jelentős többletteher mind a betegnek, mind pedig az ellátó teamnek.*

*A program teljesítésének a feltétele egy **speciális online képzés elvégzése**. Az online képzés előre nem volt meghirdetve, a tematikája nem ismert, széleskörű szakmai konzultáció erről nem történt. Arról a szakmai program nem szól, hogy ezt a képzést pontosan kiknek kell elvégezni a megjelölt határidőre (helyettes orvos, alkalmazott orvos, szakdolgozó vagy csak a praxisjogos orvos).*

*A program több helyen hivatkozik a **„strukturált beutaló"** elkészítésére. Ennek pontos szakmai tartalma és formai követelménye, technikai kivitelezése nincs meghatározva a szakmai programban. Az ezzel kapcsolatos elvárások nem ismertek.*

*Nem tartalmaz a program javaslatot a **betegbeválasztás strukturált formátumára,** nincs egységes - a GDPR-nak megfelelően kidolgozott - beleegyező- és adatkezelési nyilatkozat, továbbá a páciens kilépésének lehetősége sincs szabályozva.*

*A **program nem épít a beteg egyéni felelősségére és nem teszi érdekeltté őt a program teljeskörű végrehajtásában**. Ha a páciens a közel harminc gondozási feladat elvégzése közül csak egyet is elmulaszt (akár önhibáján kívül is), úgy a gondozó praxis nemcsak az elmaradt résztevékenység finanszírozásától, hanem az elvégzett többi tevékenység után járó teljes összegtől is elesik. (Minden vagy semmi alapú finanszírozás.)*

*A **projekt szemléletében a financiális szempontok és elemek kapják** a nagyobb hangsúlyt, emiatt háttérbe szorulhatnak a szakmai szempontok.*

***Hiányoljuk a szakmai programból a komplex és holisztikus szakmai szemléletet és az egyéni kezelési- és gondozási tervek preferálását**. Nem jelenik meg a programban kellő hangsúllyal*

az egyes gondozási folyamatok során a személyre szabott gondozás, a kezelések hatékonyságának a nyomon követése (célértékre kezelés, gyógyszeres kezelés hatékonysága, complience erősítése, társbetegségek kezelése, szövődmények megelőzése…).

Kérdés:

- **Van-e lehetőség a kompetenciahatárok revideálására és a rendelkezésre álló humán erőforrás kompetenciáihoz igazítására?**
- **Az online képzés elvégzésére ki kötelezett? Minden orvosnak, aki a praxisban dolgozhat és tevékenységet rögzíthet (alkalmazott orvos, praxisban alkalmanként helyettesítő orvos) és szakdolgozónak (nővér, diplomás szakdolgozó, egyéb résztvevő) vagy csak a praxisvezető orvosnak?**
- **Mit ért a program strukturált beutaló alatt, ezt milyen formátumban és milyen adattartalommal kell kiállítani?**
- **Milyen egységes előírás van a betegek programba történő beléptetésére és esetleges kilépésére?**
- **Milyen ösztönzők vannak a programba beépítve a betegek részére? Hogyan jelenik meg a gondozott egyéni felelőssége a részvétel során?**
- **Milyen garanciákat tartalmaz a program arra, hogy a befektetett munka révén korszerű és személyre szabott komplex gondozás valósuljon meg akár a polimorbid páciensek vonatkozásában is?**

2. Infrastrukturális és technikai korlátok

A program feltételezi bizonyos **eszközök** rendelkezésre állását és a **POCT eszközök** használatát. Szükséges biztosítani ezen eszközök **fenntartását és karbantartását**, a fogyóanyagok elérhetőségét és pótlását. Szükségesek egyéb **technikai– és informatikai eszközök**, **szoftverek is**. Elengedhetetlen a pontos dokumentálás és annak **szakszerű és követhető jelentése a B300-as jelentésben**. A praxisok **infrastruktúrája** nem egységes, emiatt a praxisok **nem egyenlő feltétellel** indulnak a programban. A gondozási feladatok hiánytalan elvégzése és ennek dokumentálása jelentős **időráfordítássa**l jár.

*A program feltételezi bizonyos **eszközök** rendelkezésre állását (spirométer, ABPM, boka-kar index mérő, kalibrált hangvilla). Az ezekhez történő hozzájutás lehetőségei az ország egyes régióiban nem volt egységes. **Elmaradt a közép-magyarországi régió eszközfejlesztési projektje**, így ez a régió mindenképp hátrányos helyzetből indul ebben a tekintetben.*
*A zömében pályázati eszközfejlesztésből beszerzett **POCT eszközök** használata a programban megengedett. alkalmazásukra azonban **nincs POCT protokoll** és nem látható az sem, hogy az így elvégzett vizsgálatok milyen módon kerülnek jelentésre és elszámolásra.*
*A praxisok szükséges és megfelelő **infrastruktúrájának hiánya** és egyenetlensége miatt a praxisok nem indulnak egyenlő eséllyel a programban. A jelenlegi praxisok túlnyomó része az*

1 praxis, 1 orvos, 1 nővér modellben dolgozik. A szakdolgozói létszám bővítése nem reális lehetőség. Ugyanígy gátja a szakszerű kivitelezésnek az is, hogy – különösen a nagyobb városokban - váltott rendelés formájában zajlik a betegellátás a praxisokban, akár 3 orvos is válthatja egymást ugyanazon rendelőben (a rendelési időn túl nincs lehetőség többletmunkára a rendelőben). A rendelők alapterülete zömében kicsi, plusz szakdolgozó alkalmazása esetén nem biztosított a külön rendelőhelyiség, nővérszoba. Így nem oldható meg a szakdolgozói kompetenciába tett feladatok orvosi rendeléstől független kivitelezése: kérdőívek felvétele, gondozási feladatok, tanácsadás.

*Az **eszközbeszerzés, eszközfenntartás és karbantartás** többletfeladatot generál (POCT, spirométer, ABPM, BKI mérő, hangvilla, vércukormérő, vérnyomásmérő, EKG). Az **egyéb technikai eszközök** biztosítása szintén többletterhet jelent. A telemedicinás ellátás és konzultáció technikai lehetőségének megteremtése, az informatikai eszközök beszerzése és fenntartása, telekommunikációs eszközök beszerzése és fenntartása, a szakdolgozók részére plusz munkaállomás kialakítása szükséges a megnövekedett dokumentációs és adminisztratív feladatok miatt. Elengedhetetlen továbbá a medikai szoftver plusz moduljának beszerzése, fenntartása. A jelenleg használatos **medikai szoftverek** nem alkalmasak az elvégzett tevékenységek pontos jelentésére és a gondozási események figyelésére. A szoftvereket fejlesztő cégeknek igen rövid határidő áll rendelkezésükre ahhoz, hogy ezeket a minden igényt kielégítő plusz modulokat kifejlesszék. A praxisok részéről elvárás lenne feléjük a kiegészítő modul ingyenes rendelkezésre bocsátása (ellenkező esetben ennek költsége is növeli az üzemeltetésre fordított kiadásokat).*

*A **B300-as jelentés** hiányossága miatt, polimorbid beteg esetén ugyanazon napon nem lehetséges más, a másik három gondozási körben szereplő (de nem projekt szinten gondozott) betegsége miatt ellátást rögzíteni, mert az hibaként jelenik meg a B300-as jelentésben, és ez automatikusan az eredmények törlését vonja maga után. **A B300-as jelentésben nem jelennek meg a magánellátóknál elvégzett diagnosztikai és szakorvosi vizsgálatok.***

*A **technikai kivitelezés** hatékonyságát nehezíti, hogy mind a program kezdete (beválasztás, betegutak indítása), mind pedig a program befejezése a nyári időszakra esik, amikor a háziorvosok nagy része, vagy szabadságát tölti, vagy épp többletmunkát végez, mert a szabadságon lévő kollégáját helyettesíti.*

*A **plusz gondozásra fordítható idősáv** kialakításának jelentős gátja a praxisban dolgozó orvosok leterheltsége. **Jelenleg a betöltetlen praxisok száma közelít az 1000-hez**. Ezekben a praxisokban túlnyomórészt a környező praxisokban dolgozó orvosok biztosítanak ellátást, ami átlagosan napi 2 óra plusz rendelési időt jelent. A rendelési időn kívül végzett egyéb feladatok mellett így az időigényes vizsgálatok kivitelezése nehezen, vagy egyáltalán nem oldható meg.*

*Ha gondozási feladatonként minimum 10 perces ellátásra fordított időt (vizsgálat, tanácsadás, adminisztráció) veszünk alapul, akkor az egy betegre fordított időigény a teljes **gondozási feladatsorra minimum 5 óra**. Ha egy praxisban 100 bevont páciens van, akkor 500 munkaóra a ráfordított időigény minimuma a teljes projektre. Ez az évi 250 munkanapra elosztva minimum **napi 2 óra többlet munkaterhet** eredményez.*

Kérdések:

- **Várható-e a közép-magyarországi régióban olyan gyors és érdemi eszközfejlesztés, ami lehetővé teszi az ebben a régióban működő praxisok időben történő csatlakozását?**
- **Milyen szabályozók mentén van lehetőség a POCT eszközök, alkalmazására? Hogyan történik ennek finanszírozása? Ki biztosítja a fogyóanyag szükségletet? Amennyiben ennek biztosítása saját finanszírozásból valósul meg, úgy annak költsége ráterhelhető-e a vizsgált betegre, és ha igen akkor hogyan?**
- **Mi módon veszi figyelembe a program a praxisok eltérő infrastrukturális és technikai adottságait? Van-e a finanszírozásban olyan elem, ami ennek kiegyenlítését szolgálja? Hogyan valósul meg a praxisok esélyegyenlősége ebben a kérdésben?**
- **Milyen plusz forrás van a projektben a meglevő eszközök fenntartási és karbantartási költségeinek a biztosítására? Milyen forrás áll rendelkezésre az egyéb szükséges informatikai és telekommunikációs eszközök beszerzésére és a technikai háttér biztosítására?**
- **A medikai szoftvert fejlesztő cégek hogyan készültek fel a program szoftveres hátterének biztosítására? Kaptak-e időben tájékoztatást arról, hogy milyen módon kell felkészülniük a projektre?**
- **A B300-as jelentés alkalmas-e arra, hogy minden gondozási esemény jelenthető legyen? Milyen módon kerülnek be a programba a magánellátó intézményekben végzett szakorvosi és diagnosztikus vizsgálatok?**
- **Hogyan kivitelezhető a gondozási folyamattal járó többlet rendelői tevékenység abban az esetben, ha több praxis használ váltott rendeléssel egy rendelőhelyiséget? Ezeknek a praxisoknak az esélyegyenlősége mi módon biztosított, milyen garanciák vannak a programban ebben a vonatkozásban?**

3. A humán erőforrást érintő korlátok

A szakmai program a megvalósításhoz **több különböző kompetenciájú szakemberből álló teamet** feltételez a praxisokban.

*A program mind a négy részeleme jelentősen alapoz arra, hogy a megvalósítás során a praxis **több, különböző kompetencia szintű szakdolgozót** tud és fog is foglalkoztatni. A projektben **nem látható az ehhez szükséges többletforrás.** A projekt egy éves kifutása miatt nincs annak reális esélye, hogy a praxisok olyan szakdolgozókat találjanak és vonjanak be a projektbe, akik csak erre az egy évre köteleződnek el a praxisnak (praxisközösségnek?). Jelentős kérdés az is, hogy ehhez a többlet **szakember igényhez** milyen pool-ból lehet bevonni képzett szakdolgozót.*

Kérdések:

- **Hogyan, milyen módon biztosított a szakmai program alapján a plusz szakdolgozók bevonása akár praxisonként, vagy praxisközösségi szinten foglalkoztatva őket?**
- **Milyen forrásból lehet biztosítani a plusz szakdolgozókat (gyógytornász, dietetikus, pszichológus, mentálhigiénés szakember, szociális munkás, diabétesz edukátor, APN, MSC ápoló, BSC ápoló, ápoló, adminisztrátor)? Honnan számíthatunk plusz szakdolgozók beáramlására?**

4. Financiális és gazdálkodási korlátok

A programra szánt **többletforrás korlátos** mértékű és egyszeri. Nincs biztosítva a **program szakmai folyamatossága, ugyanígy a többletmunkának a financiális háttere az egy éves periódus letelte után** nem látható. Jelentős korlát a **„mindent vagy semmit"** alapú finanszírozás. A kifizetés **két adóévet érint**, ez a finanszírozás visszavonása esetén hátrányokkal jár. **Bizonytalan a cash flow**, a **bevétel nem tervezhető** és nem csak az orvoson múlik a sikeres teljesítés. A várható többletbevétel **tényleges értéken nem fedezi a megvalósítással járó kiadásokat**, nem generál jelentős többletfinanszírozást.

*A programra szánt **többletforrás korlátos** mértékű és egyszeri (4 milliárd forint). Nincs biztosítva a **program folyamatossága**. A projekt befejezése (1 év) után nincs előirányozva többletforrás a folytatásra, a későbbiekben generálódó többlet tevékenység finanszírozása nem biztosított.*

*A programban gondozott (és jól együttműködő) páciens részéről jogos elvárás a gondozás folytatása az egy éves periódus letelte után is. Az időkorlát miatt a projekthez csatlakozó praxisok részére ennek a **többletmunkának a financiális háttere az egy éves periódus letelte után** nincs biztosítva. Jelentős korlát továbbá, hogy a **résztevékenységek tételes finanszírozása** csak akkor biztosított teljes összegben, amennyiben a teljes gondozási protokollban szereplő lista szerinti összes tevékenység kivétel nélkül teljesített. (Csak a 100%-os teljesítés finanszírozott.)*

*A projektbe bevont **plusz szakdolgozók bérének** valódi fedezete nem biztosított a programban. A programban a **részteljesítések havonta kerülnek kifizetésre**, majd amennyiben a teljes teljesítés sikertelen, úgy a projektév végén visszavonásra kerül az addig előre kifizetett részteljesítések összege. A kifizetés **két adóévet** érint. Így az első év végén bevételként elszámolt, de a projekt végén mégis visszavont összeg is adóköteles. A visszavont összeg után befizetett HIPA, illetve a - projekt befejezéséig - az adóév végén a számlán tartott összeg után befizetett adóterhek egy része a visszavonás esetén plusz adóterhet jelentenek. Ugyanígy **bizonytalan, előre nem tervezhető a praxis havi többletbevétele sem.** A kifizetések esetlegessége miatt - csak erre a plusz bevételre számítva - nem tervezhetőek felelősen a programmal kapcsolatos költségek kifizetései (bér, üzemeltetési költségek, fogyóeszköz költség).*

*Ideális esetben a programból **várható többletbevétel maximum 333 000 forint/hó**. Ebből az alábbi költségeket szükséges fedezni:*

- *orvos, praxisnővér, egyéb szakdolgozó többletmunkájának bér- és járulék költsége,*
- *egyéb, a bevételt terhelő adó- és járulékfizetési kötelezettségek,*
- *eszközbeszerzés, eszközfenntartás, karbantartás költsége (POCT, spirométer, ABPM, BKI mérő, hangvilla, vércukormérő, vérnyomásmérő, EKG),*
- *fogyóanyagok költsége (tesztcsíkok, vérvételi eszköz, fertőtlenítőszer, papíráru stb.),*
- *technikai eszközök működtetési és beszerzési költsége (telemedicinás eszköz, plusz munkaállomás, informatikai eszközök, szoftverek, telekommunikáció költségei).*

*Az egyéb fent részletezett járulékos költségeket nem számolva (ideális esetben az elérhető maximum 4 millió forint bevétellel kalkulálva, plusz szakdolgozó bevonása nélkül és 2 főre /orvos és nővér/ elosztva) **szuperbruttó 4000 Ft óradíjat eredményez**, ha elfogadjuk azt, hogy egy páciens teljeskörű gondozása összességében 5 óra többletmunkát igényel.*

Kérdések:

- **Mi indokolja a „mindent vagy semmit” elven kialakított finanszírozási formát? Milyen motivációt jelent ez a belépésre?**
- **Milyen módon veszi figyelembe a program azt, ha a beteg önhibáján kívül nem teljesíti a program valamely elemét? (elhalálozik, kórházba kerül, elköltözik, TAJ státusza változik)**
- **Figyelembe véve a szakdolgozók bérköltségét, a járulékos költségeket és az elvégzendő munka mennyiségét arányos-e és reális-e a várható maximum bevétel a program költségeinek finanszírozására? A projekt szakmai megalkotói készítettek-e előzetes becslést, és ha igen milyen arányban tervezték megosztani a várható bevételt?**
- **A részletfinanszírozás és a finanszírozás visszavonás technikai részleteiről mit lehet tudni? Melyik hónapban és melyik finanszírozási soron realizálódik a visszavonás?**

III. Megfontolásra ajánlott módosítást igénylő javaslatok

1. **A “mindent vagy semmit” elv alapú finanszírozás újragondolása** és a fenti indokok alapján a részteljesítések tételes finanszírozásának bevezetése. Javasoljuk, hogy a projektbe bevont pácienseknek legalább a vizsgálatok **50%-án részt kelljen venni** ahhoz, hogy az elvégzett vizsgálatok díját részteljesítés formájában, tételesen finanszírozva a praxis megkapja. Amennyiben egy adott páciens esetén a projekt záró dátumáig nem kerül elvégzésre a gondozási feladatok legalább 50%-a, az elvégzett vizsgálatok térítési díja visszavonható legyen. Ezzel kiküszöbölhető a szakrendelői kapacitáshiány miatti késedelmes- vagy nemteljesítés is.

2. Amennyiben a program kiírója ragaszkodik a vizsgálatok teljeskörű elvégzéséhez, abban az esetben a **szakrendelői diagnosztikus vizsgálatok** és szakorvosi vizsgálatok esetén legyen mód arra, hogy **többlet kapacitás biztosításával, vagy lefoglalt idősáv biztosításával** a projektben kiadott „strukturált beutalóval" rendelkező gondozottak elsőbbséget élvezzenek.

3. A 2. ponthoz kapcsolódva legyen lehetőség arra, hogy amennyiben a páciens rendelkezik a szakmai programban előírt és a **bevonását megelőző egy éven belül készült szakorvosi lelettel**, azt fogadja el teljesítettként a program. Így nem képződnek szakmailag indokolatlan vizsgálatok.

4. **A gondozás szempontjából a szakellátásban végzett feladatok esetén a háziorvos feladata a vizsgálat indikálása és erre a strukturált beutaló kiadása**, nem pedig a vizsgálat elvégzése. Javasoljuk, hogy a díjazás alapja a beutaló kiállítása és ne a vizsgálat elvégzése legyen. Ez kiküszöböli a szakellátás kapacitáshiányából adódó elmaradásokat és a beteg compliencével összefüggő problémákat is.

5. Javasoljuk megoldani azt, hogy **a magánellátó egészségügyi intézményekben keletkezett eredmények is legyenek regisztrálhatók és elfogadottak a programban**. A magánellátás szolgáltatásait a páciens saját forrásból finanszírozza, ezért méltányos, ha emiatt sem ő, sem a gondozó orvosa nem kerül hátrányos helyzetbe.

6. **A laborvizsgálatok tekintetében a betegbevonás előtti fél éves időkorlátot** javasoljuk elfogadottként tekinteni.

7. Tekintettel arra tényre, hogy a **közép-magyarországi régió** a 2023-ban lezajlott eszközfejlesztési projektből kimaradt, így ebben a régióban nem várható el a szakmai minimunfeltételeket meghatározó listába nem tartozó eszközök alkalmazása. Ezeket a betegbevonási időszak végéig, legkésőbb 2025. december 31-ig szükséges biztosítani. Amennyiben ez nem megvalósítható ilyen rövid határidőn belül, abban az esetben a projekt szakmai tartalmát revideálni szükséges annak érdekében, hogy az ország egész területén biztosított legyen a praxisok esélyegyenlősége a teljesítés tekintetében.

8. A **házi gyermekorvosi praxisok** és az alapellátó fogorvosi praxisok számára hasonló projekt kiírása és legalább hasonló plusz bevétel elérése biztosítandó. A házi gyermekorvosi praxisban gondozott főbb krónikus betegségekre hasonló gondozási panelek kialakítása szintén szükséges és megoldandó szakmai feladat lenne (hypertonia, COPD, elhízás, anaemia).

9. A **B300-as jelentést alkalmassá kell tenni** arra, hogy a polimorbid betegek esetén, vagy kezelhető legyen az egyes betegségek gondozásának „ütközése", vagy a program adjon lehetőséget a polimorbid betegek komplex gondozására. A gondozási feladatok a gyakorlatban nem szétválaszthatóak az egyes gondozandó betegségek viszonylatában.