A praxisközösségi modellprogramok tapasztalatai és aktualitása

# Fókuszban a modellváltás lehetősége

**Kiemelt aktualitást élvez, hogy a magyar háziorvos-társadalom világos képet kaphasson a modellváltásban rejlő kivételes lehetőségekről. Összeállításunkban ezt a kérdést járjuk körül.**

A magyar egészségügyi alapellátás fejlesztésének alappillérjeként tartják számon a praxisközösségi együttműködési formát – jogosan –, hiszen a praxisközösségi pilot programok 8 éves tapasztalatára tudunk alapozni, eredményeket felmutatni, tanulságokat elemezni. A praxisközösség gyakorlati definíciójaként megfogalmazható, hogy a hagyományos – egy praxisban egy szakorvos, egy ápoló, illetve különálló védőnői szolgálat – típusú működési modell népegészségügyi és más egészségügyi szakemberekkel kibővülve népegészségügyi fókuszú, prevenciós szemléletű programot valósít meg. A programok sikerességének záloga – az eddigi tapasztalatok alapján – egyrészt az, hogy a háziorvosok számára a csatlakozás szakmailag inspiráló és önkéntes, másrészt, hogy a lakosság számára hiánypótló többletszolgáltatások nyújtását teszi lehetővé háziorvosi irányítás alatt, multidiszciplináris csapatmunka keretében.

Fontos leszögezni, hogy a praxisközösségi szervezeti forma önmagában nem oldja meg a betöltetlen praxisok problémáját, hisz célzott többletszolgáltatások nyújtása érdekében jön létre. A szakképzett orvos nem pótolható, munkája csak részben tehermentesíthető korszerű ellátásszervezési megoldásokkal, amihez a praxisközösség szervezett keretet adhat. A háziorvosok és házi gyermekorvosok többletfeladatai azonban rohamosan szaporodnak a növekvő fertőző és a krónikus nem fertőző, civilizációs betegségek alapellátási terhei miatt, és várhatóan a praxisközösségi team orvosszakmai irányítási feladatai révén is. Mindezekre tekintettel kiemelt aktualitást élvez, hogy a magyar háziorvos-társadalom világos képet kaphasson a praxisközösségi szervezeti működés módjáról, céljairól, az állam által biztosított működési keretekről és a modellváltásban rejlő kivételes lehetőségekről. Utóbbi ismertetését szolgálja jelen összefoglaló. (A megfelelő számú, képzett szakorvos biztosítása és a betöltetlenné váló háziorvosi szolgálatok sorsának rendezése külön módszeres megközelítést igényel, nem képezi jelen összefoglaló tárgyát.)

**„KIEMELT AKTUALITÁST ÉLVEZ, HOGY A MAGYAR HÁZIORVOS-TÁRSADALOM VILÁGOS KÉPET KAPHASSON A PRAXISKÖZÖSSÉGI SZERVEZETI MŰKÖDÉS MÓDJÁRÓL, CÉLJAIRÓL, AZ ÁLLAM ÁLTAL BIZTOSÍTOTT MŰKÖDÉSI KERETEKRŐL ÉS A MODELLVÁLTÁSBAN REJLŐ KIVÉTELES LEHETŐSÉGEKRŐL."**

## PRAXISKÖZÖSSÉGI PÁLYÁZATOK MAGYARORSZÁGON

A Svájci Hozzájárulás keretében 2012-ben SH8/1 kódszámon alakult meg az első 4 praxisközösség hazánkban 6-6, összesen 24 háziorvosi praxist magába foglalva az észak-magyarországi és észak-alföldi régió hátrányos helyzetű településein, ami svájci alapellátási modellkísérletként vált ismertté. Gondos módszertani megalapozottsággal és szoros tudományos monitoring rendszerrel, preventív népegészségügyi fókusszal 2012–2017 között működött. Eredményeit számos helyen publikálták, evidenciái megtekinthetőek a *http://semmelweis.hu/emk* honlapon.

A Svájci modellkísérletben alkalmazott praxisközösségi módszertanra alapozva uniós támogatással 2018-ban az EFOP-1.8.2.-17 azonosító számú projekt keretében 45 praxisközösség, 2019-ben a VEKOP-7.2.3.-17 pályázat keretében pedig 6 praxisközösség kezdte meg működését, közel 600 ezer főt ellátó területen, 128 településen. Egészségiállapot-felmérés (ld. máshol: EÁF), egyéni és csoportos gyógytorna-, dietetikai, szakpszichológiai és egyéb többletszolgáltatások, színtérprogramok valósultak meg. A program keretében sikeres tapasztalat gyűlt össze a diplomás körzeti ápolók (ld. máshol: advanced practice nurse-ok, APN-ek) szakmai bevonására vonatkozóan, valamint evidenciaalapú eszközös vizsgálatok (pl. ABPM, telemedicinális spirometria, BKI-mérés) rendszeres végzése történt hiánypótló preventív és definitív ellátások biztosításához. Működésüket támogatta, koordinálta a Praxisközösségi Módszertani Központ – az EFOP 1.8.0.-VEKOP 17. az „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése" elnevezésű projekt keretében –, amelynek gazdája a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK). Az uniós standard pályázatok nyerteseiként felállt praxisközösségek – konferenciabeszámolók alapján – 2019. év végéig 81 ezer fő számára komplex egészségiállapot-felmérést, 65 ezer főnek prevenciós rendelést, 72 ezer fő számára

1. TÁBLÁZAT | **A praxisközösségi pályázati programok összehasonlítása**

| | SVÁJCI TÁMOGATÁSÚ | UNIÓS EFOP-VEKOP | ÁEEK-ES 3 GENERÁCIÓS (I. ÉS II. ÜTEM) |
|---|---|---|---|
| TÁMOGATÓ | SVÁJCI ALAP | EU | NEMZETI FORRÁS |
| Támogatás mértéke praxisközösségenként/hó és futamidő | Keretösszeg: 3,6 Mrd<br>– 4 praxisközösség (PK) 4 090 909 Ft/hó (tartalmazza a módszertant és egyetemek költségét)<br>4,5 év PK működés<br>2012–2020 | Keretösszeg: 7,6 Mrd – 51 db PK<br>6,68 millió Ft/hó/PK<br>20–24 hónap<br>2018–2020<br>Nagy részük már zárt | I. ütem: Keretösszeg: 3,6 Mrd – 79 db PK<br>5,9 millió Ft/hó/PK<br>12 hónap 2019. 06. – 2020<br>II. ütem: 5 Mrd – 65 db PK<br>2020 – jelenleg is (Covid miatt csúszások és szakmaiprogram változások)<br>6–6,5 millió Ft/hó/PK |
| Támogatott | Központi NEFI | Önkormányzat/HO konzorciuma – utófinanszírozás | Önkormányzat/Konzorcium gesztora – előfinanszírozás |
| Pályázók köre | Kiemelt pályázat | Önkormányzat/HO konzorciuma | Önkormányzat/HO konzorciuma |
| Módszertani támogatás | PK-n kívüli központi ernyőszervezet (Projekt Iroda egyetemekkel együttműködve) biztosítja | EFOP-VEKOP 1.8.0. B.II. pályázati konstrukció részeként létrehozott Praxisközösségi Módszertani Központ | A CV szűrési fókusz miatt a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet (GOKI) erre a célra alapult módszertani központja biztosítja |
| Projektmenedzsment | PK-n kívül GYEMSZI-ÁEEK | PK-n belül kötelező | PK-n belül nem kötelező |
| Előírt lakosságszám | A hátrányos helyzetű régiókban működő körzetek bejelentett lakosságának 80%-át kellett elérni | 7-15 ezer min 5 praxis (felnőtt és gyermek lakosság)<br>Lépcsős támogatás 110-150 millió | Nem volt. Átlagosan 5 ezer körül. Minimum 5 háziorvos (felnőtt és gyermek lakosság). |
| Bevonandó szakemberek | Módszertan alapján meghatározott, kötelező | Kötelező óraszámban, kötelező és opcionálisan bevonandók pontosan meghatározottak. Kulcspozíció: Népegészségügyi Koordinátor (NK) | Gyógytornász, dietetikus a többi opcionális NK hiányzik!<br>+ Szűrési fókusznak megfelelő szakorvosok! |
| Egészségfejlesztési Irodákkal történő együttműködés | nincs | kötelező | kötelező |
| Szakellátással történő együttműködés | Nincs – utólagos monitoring a továbbküldésekről | Nem releváns, de a lehetőség adott volt | A szakorvosok bevonása támogatott. Szakorvosi szolgáltatások vásárlásának lehetősége adott. Telemedicina-eszközök és távkonzultációs alkalmazások preferálása. Szakellátással integrált eljárásrend kidolgozása |
| Indikátorok | Módszertan szerint szigorúan meghatározott | Előírtak, a lakosságszám százalékában | Nem voltak kötelező indikátorok, saját szakmai tervükben vállalt esetszámokat kellett teljesíteniük |
| Feladatok | EÁF – prevenciós rendelés – rizikóstratifikációs többletszolgáltatások – színtérprogramok | EÁF – prevenciós rendelés – rizikóstratifikációs többletszolgáltatás | CV szűrés – prevenciós rendelés nem előírt – rizikóstratifikációs többletszolgáltatás |
| Szoftvertámogatás | Van. GYEMSZI – ÁEEK biztosítja | Nincs. Egyedi megoldások vannak | Van. ÁEEK biztosítja |
| Külső szabályzók | Nem releváns | Közbeszerzés, foglalkoztatási szabályok ellentmondásosak (pl. KIVA tilalom | Közbeszerzés, foglalkoztatási szabályok ellentmondásosak |
| Belső szabályzók | 1. Ellátási rend<br>2. Többletszolgáltatások Nyújtásának Szabályzata<br>3. Fejlesztési és Működési Terv<br>4. Működési kézikönyv, eljárásrend stb. | Kötelező, előírt tartalom<br>1. Ellátási rend<br>2. Többletszolgáltatások nyújtásának Szabályzata<br>3. Fejlesztési és Működési Terv | 1. Ellátási rend<br>2. Többletszolgáltatások Nyújtásának Szabályzata<br>3. Szakellátással integrált eljárásrend |

pedig programszerű egyéni és csoportos gyógytorna, dietetikai, szakpszichológiai és egyéb preventív szolgáltatásokat nyújtottak. A praxisközösségek minimum 20, maximum 24 hónapig működhettek, napjainkra pár kivételtől eltekintve zártak. A kormánytámogatással létrejött „Három generációval az egészségért" programok I. és II. köre lett a praxisközösségi programok harmadik hulláma, amely a 2019–2021 közötti időszakra terjed ki. Az I. körben 79, míg a II. körben 64 konzorciumi praxisközösség, összesen 143 konzorcium alakult. Ezzel a kormányzati programok mintegy 700 háziorvosi praxist foglaltak magukba.

2021 januárjától a háromgenerációs pályázók közül az első ütemben nyertesek lehetőséget kaptak projektjük pár hónappal történő meghosszabbítására. A háromgenerációs programokban a korábbi modellekhez képest lazább praxisközösségi szervezetek alakultak, és a népegészségügyi jelentőségű krónikus betegségek célzott kérdőíves és eszközös szűrési-gondozási tevékenységei kerültek fókuszba. A programok erőssége az evidence-based klinikai szemléletmód, amelynek köszönhetően célzott orvostechnikai eszközök beszerzési lehetősége valósulhatott meg szakellátói együttműködésben, javítva az integrált működést az alap- és járóbeteg-ellátási szintek között. A korábbi EU-s támogatású projektekhez képest az államilag támogatott háziorvosi konzorciumok megalakítását a nagyobb helyi szakmai önállóság, diplomás ápolók preferált szerepe, szakellátási együttműködés, rugalmasabb költségvetési szabályok és kevesebb adminisztrációs kötelem jellemzi. Fontos megjegyezni, hogy minden modellkísérlet gazdag szakmai tanulsággal bír, amelyek erősségeit egymással ötvözve és kiterjesztve megteremthetik a magyar egészségügyi ellátórendszer sikeres struktúraváltásának alapját.

LIMITÁLT IDEJŰ PROJEKTMŰKÖDÉS (12–24 HÓNAP)

BIZONYTALAN HUMÁNERŐFORRÁS-HÁTTÉR

TÚLZOTT PROJEKT-ADMINISZTRÁCIÓ

A PROJEKT-VÉGREHAJTÁS MEREV SZABÁLYAI AKADÁLYOZZÁK A VÁLTOZÁS-MENEDZSMENTET

AZ IRÁNYÍTÓ HATÓSÁG ELJÁRÁSAINAK ÉS AZ UNIÓS ELJÁRÁSOK MEREV KERETEINEK NEHÉZKESSÉGE

UTÓLAGOS SZAKMAI ÉS MŰKÖDÉSI SZABÁLYOZÁS

NEM ALKALMAZHATÓAK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÁGAZAT SAJÁTOSSÁGAI (KÖZBESZERZÉS, MUNKAÜGYI SZABÁLYOK)

**A praxisközösségi programok működési nehézségei**

***CSEH BORBÁLA***

*diplomás ápoló, egészségügyi menedzser MSc, Med-Econ Humánszolgáltató Kft. ügyvezető, Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar*

***DÓZSA CSABA***

*egészségügyi közgazdász, egyetemi docens, Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar*

***DÓZSA KATALIN***

*háziorvos, diabetológus, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ tudományos munkatársa*

**IRODALOM**

1. Cseh Borbála: Háziorvosi praxisközösségek szabályozási kérdései és együttműködések a szakellátókkal XXI. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencia és XVI. Országos Járóbeteg Szakdolgozói Konferencia 2019. szeptember 11.
2. Dózsa Csaba: A magyarországi egészségügyi alapellátási praxisközösségi modell szervezési és projektmenedzsmenti feladatai CSAKOSZ konferencia Győr, 2020. 02. 29.
3. Dr. Dózsa Katalin Mária: Milyen többletszolgáltatások beillesztése javasolt a praxisközösségi tapasztalatok alapján? Háziorvosok Online Szervezetének III. Országos Konferenciája 2020. Október 15–18.
4. Dr. Dózsa Katalin Mária, Dr. Sinkó Eszter, Dr. Gaál Péter: Háziorvosi alapellátás, hogyan tovább? Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, XVI. évfolyam, 2017/6. szám, 7–16. old.
5. Népegészségügy 2017. vol. 95. No1. The experiences and future of the primary care development. The concept of the Primary Care Development Programme. Teljes lapszám 1-99. oldal. (see attachment).
6. Bóta Ákos, Dózsa Katalin Mária, Szabóné Gombkötő Éva: Mit nyújtanak a praxisközösségek, és kinek? Betekintés az alapellátás jövőjébe a praxisközösségek által nyújtott szolgáltatások forgalmi adatain keresztül. (Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ, IME szerkesztőség) Interdiszciplináris Magyar Egészségügy (IME) Évfolyam: XVI. évfolyam, Lapszám: 2017/6, pages 17–23.
7. Dózsa Csaba, Cseh Borbála: The improving Group Practice model in project management aspects in Hungary. Poster and presentation, In EFPC Congress, Paris-Nanterre, 2019. 28–29. September.
8. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
9. 1848/2020. számú kormányhatározat