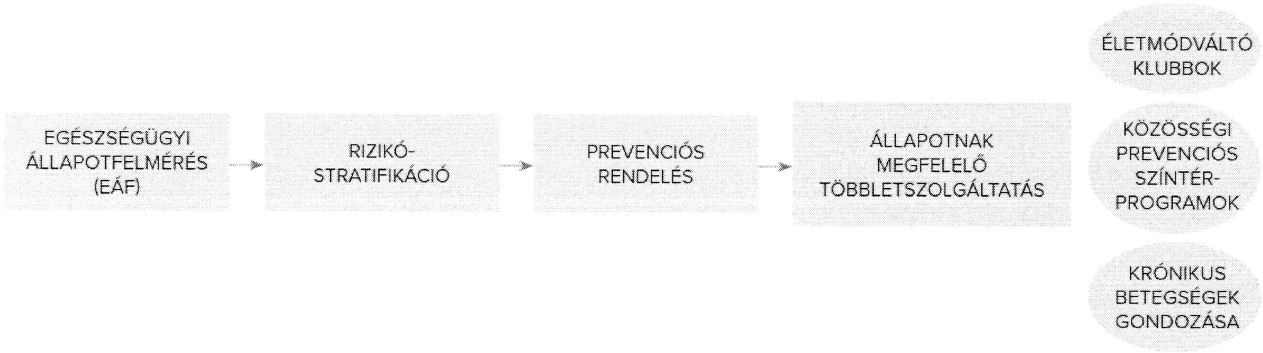
A praxisközösségi modellprogramok tapasztalatai és aktualitása

A praxisközösségi működési formációk legfontosabb jellemzőiről

Magyarországon háziorvosi praxisközösségek 2012-től működnek pilotszerűen. A pilot, azaz projektszerű működés hangsúlyozása azért fontos, mert a megalakult praxisközösségek pályázati előírásoknak megfelelően, meghatározott konstrukcióban és keretek között végezték feladatukat. Előírt indikátorok és számszerűsített szakmai elvárások mentén, „mérföldkövenkénti" szakmai és pénzügyi projektbeszámolói kötelezettséggel. Egyediséget az adott ellátási területre, igényekre és szükségletekre szabott egészségmegőrző, betegségmegelőző programok szakmai szervezésében volt lehetőségük biztosítani. Ebben a cikkben a praxisközösségen belüli funkciókat, feladatokat, szabályozókat tekintjük át a közelmúlt pilotprogramjai alapján, illetve a februárban megjelent Praxisközösségekről szóló kormányrendeletben rögzített praxisközösségi működési formációk legfontosabb jellemzőit elemezzük.

PRAXISKÖZÖSSÉGEN (PK) BELÜL ELLÁTOTT FELADATOK

A háziorvosi alapellátás prevenciós szolgáltatásainak megerősítését a svájci–magyar, valamint az uniós praxisközösségi pályázatok keretében a lakosság szervezett egészségi állapotfelmérése (angolul health status assessment, továbbiakban: EÁF), egyéni egészségtervek elkészítése, valamint az ezekhez kapcsolódó, célzott többletszolgáltatások (egyén és csoportos gyógytorna, dietetikai, szakpszichológiai, népegészségügyi, védőnői) biztosították. A krónikusbeteg-gondozás terén harmadlagos prevencióba tartozó szolgáltatások (pl.: betegklub, egyéni életmód-tanácsadás) voltak elérhetőek a már bekövetkezett egészségkárosodástól függően. A praxisközösségek a program végéhez érve növekvő lakossági igénybevételről és sok esetben sorállásról számoltak be a gyógytornászok, dietetikusok, szakpszichológusok által nyújtott egyéni és csoportos szolgáltatásokkal kapcsolatban. Az ellátási területen a praxisközösségek primer prevenciós közösségi színtérprogramokat szerveztek, ha nem volt a területen egészségfejlesztési iroda (ld. máshol: EFI), vagy ezen programokban részt vettek a helyi egészségfejlesztési irodával együttműködésben. A színtérprogramok többnyire közösségi rendezvényekhez kapcsolódva valósultak meg, ahol a helyi lakosok a praxisközösség által biztosított szűréseken és szervezett egészségfejlesztési programokon vehettek részt. Némely színtérprogram nagyobb célcsoportra fókuszált a lakossági igényekhez alkalmazkodva: munkahelyi egészségnapokat szerveztek, iskolai-óvodai közösségek speciális problémáira reflektálva (drogmegelőzés, elsősegélynyújtási tanfolyam, felvilágosító előadások) tematikusan szólították meg a célcsoportokat. A Három generációval az egészségért program a kiemelkedő népegészségügyi terhet jelentő krónikus kardiovaszkuláris, tüdő-, valamint mentális betegségek célzott eszközös szűrését és korai gondozását célozta. Programjai között támogatták a felnőtt és gyermek lakosság körében az egészséges életmódra történő



Az EFOP-VEKOP Praxisközösségekben a standardizált betegút ábrája (Dózsa, 2019)

ösztönzést, terjesztve a „mozgásgyógyszer" életforma jelentőségét. Mindkét praxisközösségi pilot program része volt a lakosság népegészségügyi szűréseken való tudatos részvételének ösztönzése, a korábbinál nagyobb arányban történő megjelenés (pl.: méhnyakrákszűrés, vastagbélrákszűrés, mellrákszűrés) elősegítése.

PRAXISMŰKÖDÉST SZABÁLYOZÓ DOKUMENTUMOK

A praxisközösség belső működését a mai napig fellelhető (már lebonyolított pályázatok) pályázati kiírások részletesen tartalmazzák. Európai uniós pályázatoknál (EFOP-VEKOP pályázatok esetében azonos szakmai tartalmúak voltak) a *https://www.palyazat.gov.hu/efop-182-17-az-alapellts-s-npegszsggy-rendszernek-tfog-fejlesztse-alapellts-fejlesztse#* linken érhetőek el.

A praxisközösség a részt vevő háziorvosok Konzorciumi/Együttműködési megállapodásával jött létre. Ebben szabályozottak a konzorciumi tagok jogai és kötelezettségei, a konzorciumvezető demokratikus megválasztása és visszahívásának szabályai, a tagok egyénenkénti feladatai és azzal arányos jövedelme, a havi elszámolás és teljesítésigazolás folyamata, a tájékoztatási kötelmek, a konzorciumba való be- és kilépés szabályai, garanciális szabályok stb.

A praxisközösség életét alapvetően háromféle, a projektműködés különböző időpontjaiban készült belső működést szabályozó dokumentum határozta meg:

1. Az „Ellátási rend" az indulást követően készült. Ebben rögzítették a praxisközösséget alkotó háziorvosok közfinanszírozott egészségügyi alapellátáshoz tartozó feladatainak praxisközösségen belüli szervezését. Ezen belül a részt vevő háziorvosi praxisok általános bemutatásán túlmenően feltüntették az egyes rendelések elérhetőségeit, az egyes háziorvosi praxisok rendelésen kívüli rendelkezésre állását, készenlétét és annak gyakorlatát, a helyettesítésre vonatkozó gyakorlatok leírását, valamint bemutatták a praxisközösség területén működő alapellátási ügyeleti rendszert.

2. A „Többletszolgáltatások Nyújtásának Szabályzata" a projektműködés 3. hónapjában készült, amikor már beindultak a többletszolgáltatások. A dokumentum tartalmazta a Praxisközösség által a közfinanszírozott egészségügyi alapellátáshoz képest biztosított többletszolgáltatásokat tematikusan rövid szakmai leírással, azok célcsoportjait, az igénybevétel feltételeit, a szolgáltatások elérhetőségét, a lakosság irányában történő kommunikáció módját, a többletszolgáltatáshoz kapcsolódó szakmai irányítás és adatgyűjtés módját.

3. Az európai uniós pályázatoknál előírás volt (a projekt közepénél) a Fejlesztési és Működési Terv című szabályozó dokumentum, mely tartalmazta a Praxisközösség Szolgáltatási tervét (együttműködés részleteiről, további egészségfejlesztési, prevenciós tevékenységek indításáról), a Kompetenciafejlesztési tervet (praxisközösségi munkatársak továbbtanulásáról, képességfejlesztéséről) és a Tárgyieszköz-fejlesztési tervet az elnyert pályázati kötelezettségüknek megfelelően.

4. A Három generációval az egészségért program keretein belül a pályázati elbírálásnál előnyt jelentő szempont volt, ha az adott praxisközösség elkészítette a Szakellátással integrált eljárásrendjét. Ennek szakmai tartalmát saját szakértői munkák keretében dolgoztuk ki:

• A Praxisközösség ellátási területén működő egészségügyi szakellátást biztosító

intézménye(ek) bemutatása, az együttműködés konkrét szakterületeinek részletezése.

- A Praxisközösségi munkába együttműködéssel bevont szakorvosok (pl. tüdőgyógyász, kardiológus) tevékenységének bemutatása, valamint a Praxisközösség és a bevont szakorvosok közötti kapcsolattartás bemutatása.
- A Praxisközösség által projekt keretén belül beszerzett telemedicinális eszközök bemutatása, azok részletes műszaki-szakmai leírása.
- A Praxisközösség betegútmenedzsment- és ellátási protokolljainak rögzítése, működési dokumentációja, sablonjai, az adatrögzítés és visszacsatolás leírása.

1. TÁBLÁZAT |

PRAXISKÖZÖSSÉGI SZAKMAI VEZETŐ (aki konzorciumvezető is lehetett egyben, de a két pozíció egymástól függetlenül is elláthatóan megállapodás szerint)	
Háziorvosok Házi gyermekorvosok	**NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KOORDINÁTOR** (a többletszolgáltatások szervezési, teljesítmény jelentési és értékelési koordinátora) – általában diplomás ápoló – vagy népegészségügyi szakember
	Gyógytornász Dietetikus Védőnő Egészségfelelős asszisztens (középfokú vagy OKJ-s végzettséggel)
Opcionálisan bevonható szakemberek	
Fogorvos Iskolaorvos	Klinikai szakpszichológus/Egészségpszichológus Mentálhigiénés szakember (nem feltétlenül egészségügyi szakképesítés!) Ápolási asszisztens Szociális gondozó
PRAXISKÖZÖSSÉG-PROJEKTMENEDZSER (a támogatást igénylő nevezi ki, a PK működtetésével kapcsolatos feladatokat látja el)	
Kötelezően bevonandó: pénzügyi vezető Opcionálisan bevonható: projektasszisztens	**PROJEKT IRÁNYÍTÓ BIZOTTSÁG (PIB). TAGJAI:** • Támogatást igénylő • Praxisközösségi projektmenedzser • Szakmai vezető • Pénzügyi vezető • Népegészségügyi koordinátor
Együttműködők: A területen működő Egészségfejlesztési Irodával kötelező volt az együttműködés. Egyéb együttműködők (bevonásuk opcionális): • járóbeteg-szakellátók egyes szakorvosai • szociális ellátók • otthoni szakápolást nyújtó szolgáltatók • a területen működő közforgalmú gyógyszertárak • egészségügyi, szociális vagy gyermekvédelmi területeken működő civil szervezetek (Pl. Vöröskereszt, Rákellenes Liga)	

PRAXISKÖZÖSSÉGEK ÖSSZETÉTELE

A Praxisközösségek méretére a szakmai konszenzus 7–15 ezer lakost ellátó 5–10 háziorvosi és házi gyermekorvosi körzet ellátási területe volt. A pályázati kiírások – apróbb eltérésekkel – kötelezően és opcionálisan bevonandó szakemberekre vonatkozó előírással rendelkeztek (pl.: diplomás ápoló/APN preferálása, dietetikus, gyógytornász stb.). Általánosan megfogalmazható, hogy egy-egy – átlagosan – 6–8 háziorvossal megalakuló praxisközösség szakembergárdája 25–30 fősre emelkedett a többletszolgáltatást nyújtó szakemberekkel és az adminisztratív-menedzsment munkaerővel együtt.

Az „EFOP-VEKOP" pályázati kiírás szerinti praxisközösségi modellt (2017–2020) az *1. táblázat* mutatja be.

MELYEK A LEGUTÓBBI PILOTOK LEGFŐBB TANULSÁGAI?

A tapasztalatok alapján mire jó a háziorvosi praxisközösség?

- Szükséges és célzott – a helyi igényekhez igazodó – egészségügyi többletszolgáltatások nyújtására
- Hatékonyabb ellátásszervezésre: minden, ami gazdaságosabb, egyszerűbb, sikeresebb együtt

Mire nem jó? Milyen veszélyekkel kellett szembenézni?

- Humánerőforrás-hiány kezelésére (háziorvoshiány, védőnőhiány, szakorvoshiány)
- A túlterhelt háziorvosi szolgálatok további adminisztratív terhelésére

- A hazánkban hiányzó primer prevenciós népegészségügyi intézményrendszer pótlására (ennek szervezeti bástyái lennének az EFI-k)
- Ellátási problémák feltétel nélküli átvállalására (pl. ügyelet, hiányzó szakorvosi órák)

Mikor jó, milyen esetekben alkalmazható a praxisközösség?

- Világos, célzott, evidence-based egészségügyi szolgáltatásokat ösztönző keretek között (teljesítmény- és minőségösztönzőkön keresztül);
- A területi hátrányok figyelembevételével és elismerésével a finanszírozásban;
- Fenntartható módon (a részvétellel járó többlet szakmai és adminisztratív feladatok fedezete biztosítva legyen!);
- Önkéntesen (természetesen pénzügyi és szakmai ösztönzők alkalmazása nem kizárt).

A PRAXISKÖZÖSSÉGEKRŐL SZÓLÓ 53/2021. (II. 9.) SZÁMÚ KORMÁNYRENDELET (TOVÁBBIAKBAN: RENDELET)

A jogszabály kihirdetésével egyértelművé vált a jogalkotó azon szándéka, hogy a Praxisközösségi működtetési formát preferálja a háziorvosi alapellátásban 4-féle praxisközösségi formációban (háziorvosok, házi gyermekorvosok, fogorvosok kezdeményező részvételével):

- Kollegiális praxisközösség,
- Egyesült praxisközösség,
- Integrált praxisközösség és
- Praxisközösségi Konzorcium.

Az önkéntesség jegyében a háziorvos dönthet úgy is, hogy nem kíván Praxisközösségben részt venni. A „laza" minősítésű Kollegiális praxisközösség esetében a háziorvosok a területi kollegiális vezető mögött felsorakozva a rendelet 3. §-ában felsorolt feladatok teljesítését a praxiskezelő által közzétett módon és formában nyilatkozatban vállalják. A rendelet 2. § (3) bekezdése alapján szoros szakmai és gazdasági együttműködésben hozható létre praxisközösség a 4. §-ban rögzített lehetőségek és kötelezettségek vállalása mellett az Integrált és a Konzorciumi formában az önálló háziorvosi szolgálat megtartásával,

2. TÁBLÁZAT | **Tapasztalatok**

POZITÍV TANULSÁGOK	NEGATÍV TANULSÁGOK
A háziorvosi szakma meghatározó tömege korszerű, minőségi szolgáltatást akar nyújtani, motivált	Pályázati adminisztráció, projektszerű teljesítményelszámolás
A lakosság megnyerhető az új szolgáltatásoknak	Közbeszerzési kudarcok, munkaügyi jogi szabályozás problémái, projekt folyamatos működtetésének anyagi kockázatai a projektfinanszírozás bürokratikus merevségei miatt
Többletszolgáltatások népszerűsége a lakosság körében	A projekteket nem stabil szakmai gazda tervezte és vezette (az OKFŐ*-n belül felálló Alapellátási Igazgatóság kiküszöböli a jövőben ezt a problémát)
Esélyegyenlőség – főként hátrányos helyzetű személyek, családok jobb hozzáférése szűrésekhez, egyéb prevenciós foglalkozásokhoz	Nehezen érvényesíthetők gyakorlati, orvosszakmai és technológiai szervezési-működési megoldások az előre rögzített projekt keretek között
Attitűdváltás az életmódban, egészségügy igénybevételében	A projektek zárása miatt kielégítetlen elvárások támasztása a szakmában és a lakosságban
Klinikai és népegészségügyi szemlélet erősödése a részt vevő háziorvosok körében	Az egészségügyi és a primer prevenciós közösségi népegészségügyi szolgáltatások összemosódása az egészségügyi ellátás terhére
A háziorvosok többsége folytatni akarja (67–78% a volt EFOP és VEKOP projektek tagjai közül)	Fenntartás, rendszerszintű keretek bizonytalansága (jogszabályi, finanszírozási, HR- és infrastruktúra-háttér hiánya)
Eszközbeszerzés lehetősége (pl digitalizált távdiagnosztikát vagy távfelügyeletet támogató eszközök beszerzése)	Ágazatirányítási változások és önkormányzati választások kedvezőtlen hatása a biztonságos működésre
Ellátásszervezést támogató új informatikai megoldások	Téves információk a praxisközösségekről, negatív sztereotípiák
Csapatmunka előnyei, újszerű megoldások	

* OKFŐ: Országos Kórházi Főigazgatóság

3 TÁBLÁZAT |

ELEMZÉSI SZEMPONTOK	EGYESÜLT PRAXISKÖZÖSSÉG	INTEGRÁLT PRAXISKÖZÖSSÉG	PRAXISKÖZÖSSÉGI KONZORCIUM	
			GESZTORALAPÚ GAZDÁLKODÁSI FORMA	TAGONKÉNTI KÖLTSÉGVETÉSSEL (VALÓDI KONZORCIUM AZ ÖNÁLLÓSÁG MEGTARTÁSÁVAL (MINDEN PK-TAG TÁMOGATÓVAL SZERZŐDŐ FÉL)
A praxisközösség jogi státusza	Közös egészségügyi szolgáltató cég (gazdasági társaság) létrehozása a háziorvosi és a praxisközösségi feladatok ellátására (lehet nonprofit vagy forprofit Kft). Ez a cég lesz jogosult elszámolni a NEAK felé a praxisfinanszírozást is.	Az újonnan létrehozott gazdasági társaságot a praxisközösség orvosai alapítják külön a praxisközösségi feladataiknak ellátására. Tagjai magánszemélyek és háziorvosi cégek is lehetnek. Újonnan létrehozott gazdasági társaság, amelynek egy közös bankszámlájára érkezik a támogatás.	Konzorciumi megállapodással jön létre. Egy vezető háziorvosi cég, mint jogi személy (nem nonprofit) működteti a többiekkel szerződést kötve, egy bankszámlaszámra érkezik a támogatás. Egyéni vállalkozó nem alkalmas gesztornak!	Konzorciumi megállapodással jön létre. A konzorcium nem jogi személy A tagok saját (nem nonprofit) vállalkozásai jogi személyek. Több bankszámlára érkezik a támogatás. Egyéni vállalkozó (akár KATA-s) alkalmas konzorciumi tagnak.
Költségviselő	Közös alapellátási egészségügyi szolgáltató cég (gazdasági társaság)	Praxisközösségi gazdasági társaság, melynek – mint főtevékenysége – alapvetően a praxisközösségi pályázati vagy későbbi tételes NEAK-finanszírozásból származhat bevétele.	A gesztor cég – háziorvosi praxis NEAK praxisfinanszírozása mellett a praxisközösségi pályázati vagy későbbi tételes NEAK finanszírozásból származhat bevétele.	Minden konzorciumi tag, de a konzorciumvezető viszi el a költségvetés kb. 50%-át, mert ebből a büdzséből fedezi az új többletszolgáltatást végzők munkáját és a PK-i működtetési feladatokat, a vásárolt szolgáltatásokat) többi tag kb. 8–10%-ot, a vállalással arányosan (saját és asszisztens bére, eszközei)
Költségelemek megosztása	A teljes költségvetést a közös egészségügyi cég kezeli. Végzi az eszköz- és szolgáltatásbeszerzéseket. Intézi a humánerőforrás-ügyeket, munkaszerződések, nyilvántartások vezetését, kezelését.	Minden beruházást, eszköz- és szolgáltatásbeszerzést, valamint foglalkoztatást az új praxisközösségi cég bonyolít le. A praxisközösség tagjai saját munkabérüket vagy szolgáltatási díjukat, eszközköltségeiket a praxisközösségi cég felé számolják el.	Minden beruházást, eszköz- és szolgáltatásbeszerzést, valamint foglalkoztatást a gesztor cége bonyolít le. A praxisközösség tagjai saját munkabérüket vagy szolgáltatási díjukat, eszközköltségeiket a gesztor cége felé számolják el.	Konzorciumvezető indirekt költségek (projektmenedzsment, nyilvánosság, nyomtatványok) Konzorciumi tagok saját és asszisztensi bérük, saját gép-műszer vásárlásuk. Opcionálisan egy-egy célzott feladatot leoszthatnak más konzorciumi tagnak is.
Fő kedvezményezett **Végső kedvezményezettek**	**Közös egészségügyi szolgáltató cég** A részt vevő háziorvosok és további munkatársak munkabért kapnak, vagy egyéni vállalkozóként számlát nyújthatnak be.	**Praxisközösségi cég** – nevében eljár az ügyvezető. A részt vevő háziorvosok és további munkatársak munkabért/megbízási díjat kapnak vagy számlát nyújtanak be vállalkozói szerződés alapján.	**Konzorciumvezető – háziorvosi praxis** További konzorciumi háziorvosi tagok, további bevont szakemberek, cégek indirekten.	**A Konzorcium összes háziorvosi praxisa** Indirekten a további bevont szakemberek, cégek.

3 TÁBLÁZAT | *(folytatás)*

ELEMZÉSI SZEMPONTOK	EGYESÜLT PRAXISKÖZÖSSÉG	INTEGRÁLT PRAXISKÖZÖSSÉG	PRAXISKÖZÖSSÉGI KONZORCIUM	
			GESZTORALAPÚ GAZDÁLKODÁSI FORMA	TAGONKÉNTI KÖLTSÉGVETÉSSEL (VALÓDI KONZORCIUM AZ ÖNÁLLÓSÁG MEGTARTÁSÁVAL (MINDEN PK-TAG TÁMOGATÓVAL SZERZŐDŐ FÉL)
Előnyök	A közös egészségügyi szolgáltató cég méreténél fogva kiegyensúlyozottabb és hosszú távú szervezeti és gazdálkodási hátteret nyújthat a kibővülő alapellátási feladatok számára. Rugalmasan bővíthető a cég szakmai működési területe akár csoportpraxis irányába.	Kifejezetten erre létrehozott cég lép be a rendszerbe, melynek társasági szerződését, felépítését és működését a praxisközösségi többletszolgáltatásokra lehet testre szabni. A Társaságot létrehozó háziorvosok ezzel komoly elhivatottságot vállalnak, jobban azonosulhatnak a közös feladattal.	Egy már meglévő háziorvosi cégnek kell professzionálisan működnie, egy könyvelőnek beletanulnia. Könnyen és gyorsan megy az átcsoportosítás az egyes költségcsoportokon belül.	Minden tag aktívan részt vesz a PK működtetésében, érzi a teljesítések anyagi felelősségét és kockázatát is. A PK-projekt keretében vásárolt orvosi eszközök, bútorok azonnal saját tulajdonba kerülnek.
Hátrányok	A NEAK-nak új egészségügyi céggel kell szerződést kötnie. A közös egészségügyi szolgáltató cégnek el kell különítenie az egyes háziorvosi körzetekre jutó NEAK-támogatást a praxisközösségi feladatokra jutó többletfinanszírozástól. A motiváció fenntartása érdekében ki kell dolgozni a cégen belüli teljesítménymérést és érdekeltségi rendszert.	A praxisközösségi Társaság veszi meg az orvosi eszközöket, bútorokat, és adhatja használatba a praxisközösségi tagoknak. A Társaságnak ez az egyetlen bevétele, kiemelt fontosságú a likviditásmenedzsment. A cég tulajdonosi szerkezetén bekövetkező változásokat (háziorvos halála, önkéntes kilépése, kizárása) jogász bevonásával jelentős költséggel lehet átvezetni. A Praxisközösségi program vagy projekt végeztével rendelkezni kell ezek tulajdonjogáról. Egy cégnek kell foglalkoztatnia vagy leszerződnie 25–35 közötti számú munkavállalót, szolgáltatást nyújtó céget. Munkaügyi szempontból ez már komoly HR-es feladatot jelent.	A gesztor háziorvosi cége eredetileg nem ilyen jellegű feladatokra jött létre. A gesztor cége veszi meg az orvosi eszközöket, bútorokat, és adhatja használatba a konzorciumi tagoknak. A Projekt végeztével rendelkezni kell ezek tulajdonjogáról. Egy cég kockáztat, nehéz lekezelnie a likviditást, ha csúszás van a kifizetésekben (lásd EFOP, VEKOP projektek). Egy háziorvosi cégnek kell foglalkoztatnia vagy leszerződtetnie 25–35 közötti számú munkavállalót, szolgáltatást nyújtó céget. Munkaügyi szempontból ez már komoly HR-es feladatot jelent. A széttartó egyéni anyagi érdekek miatt – komolyan sérti a praxisközösség által lefedett betegkör iránti közös (bizonyos értelemben egyetemleges) felelősséget, akadályozza a praxisközösségi szintű szükségletalapú forráselosztást. A forráselosztó gesztor túlzott dominanciája érvényesülhet a megbízás egyéves időtartama alatt, ezért ennek kivédésére a Konzorciális megállapodásban gesztorra vonatkozóan garanciális elemek beiktatása szükséges. Üzleti kockázat, hogy a gesztor más gazdasági tevékenységének esetleges kudarca (csődje) magával ránthatja a PK-i ellátást.	Minél több cég, annál nagyobb kockázat az időközi módosításra. Ahány háziorvosi praxis cég, annyi könyvelőnek kell beletanulnia a praxisközösségi pénzkezelések szabályaiba. Intéznie HR-es feladatokat, a foglalkoztatottak bejelentését. Ez időigényes és sok hibával jár. A költségvetés jelentős módosítása újra rendezi a Konzorciumon belüli támogatási arányokat, így egy projektidőszak alatt akár többször is kell módosítani a Konzorciumi megállapodást. A széttartó egyéni anyagi érdekek miatt – komolyan sérti a praxisközösség által lefedett betegkör iránti közös (bizonyos értelemben egyetemleges) felelősséget, akadályozza a praxisközösségi szintű szükségletalapú forráselosztást. Magasabb adminisztratív és finanszírozási költségek. Az egyedi működési engedélyek megszerzésének (megújításának) procedúrája bonyolultabb.

de az Egyesült praxisközösségben az önállóság elvesztésével. Az együttműködés nyomán megnyíló többletlehetőségek: az alapellátás fejlesztését célzó pályázatokra történő pályázati lehetőség, eszközfejlesztési lehetőség, további szakemberek foglalkoztatásának lehetősége további díjazás fejében. Mindezekért cserében meghatározott időtartamú prevenciós rendelést, módszertani protokollok és szakmai monitoring alkalmazását kell teljesítenie a csatlakozó háziorvosoknak.

A *3. táblázatban* a 3-féle „szoros" praxisközösségi formáció mérlegelési szempontjait mutatjuk be a háziorvosoknak, elősegítve ezzel is mindenki számára a legmegfelelőbb működtetési forma választását. A Praxisközösségi Konzorcium típust két csoportra bontottuk annak megfelelően, hogy a későbbiek során a finanszírozó vagy támogató:

- a Praxisközösség konzorcium vezetőjén (nevezhetjük gesztornak) keresztül juttatja-e el a támogatást, aki majd tovább osztja a megállapodásuk szerint a konzorciumi tagoknak, vagy
- a konzorciumi tagok a konzorcium megalakításakor megállapodásukban rögzített arányoknak megfelelően közvetlenül részesülnek finanszírozásban/ projekttámogatásban (ez a verzió eredményezi a legnagyobb önállóság megtartását a Praxisközösségen belül, de a költségvetési elszámolás technikailag a legbonyolultabb).

A rendeletben a Praxisközösségi elvárt tevékenységeknél szerepel a Prevenciós rendelés végzése. A Prevenciós rendelés (1. ábra) az eddigi pilotokban az állapotfelmérésre mint projekttevékenységre alapult, melyet azonban a megjelent PK-rendelet nem szabályoz, ezért annak szakmai tartalmát soron kívül definiálni szükséges. A rendelet 10. §. (1) pontja rögzíti, hogy ha a szolgálat 2021. február 28-ig nyilatkozik arról, hogy amennyiben valamely rendelet szerinti praxisközösségi formába belép, 2021. január 1-jétől jogosulttá válik az emelt összegű bértámogatásra. A rendelet itt nem beszél közös praxisközösségi nyilatkozatról, hanem a jelenlegi egyéni szolgáltatók szándéknyilatkozatáról.

A nyilatkozattételi határidő a formai dokumentációs lépések miatt szorosnak tűnik, hiszen a valódi praxisközösségek működtetési formációinak vonatkozásában számos mérlegelési tényező játszik szerepet amellett, hogy a vállalt praxisközösségi feladatok nem tisztázottak (csupán a pilotok feladataiból, tapasztalataiból következtethetünk rájuk). Ezért fontosnak tartjuk az elvárt pontos feladatokat tartalmazó praxisközösségi módszertan kidolgozását és kihirdetését (várhatóan miniszteri rendelet formájában) a projektek megjelenésének időszakáig. A módszertan nem nélkülözheti a taxatív listában szereplő feladatok pontos meghatározását, különös tekintettel az ügyeleti rend kialakítására, a várható statisztikai jelentési kötelezettségekre és a rendeletben megjelenő prevenciós rendelési kötelemre. Emellett rendkívül fontos az, hogy a február végéig megtett nyilatkozatok ne legyenek végérvényesek, azok megtétele után is legyen lehetőség az adott praxis döntését megváltoztatni, amennyiben úgy dönt, hogy több információ birtokában változtatni szeretne elhatározásán, részvételén, összetételén – területi kiterjedésén.

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

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. Dózsa Csaba: A magyarországi egészségügyi alapellátási praxisközösségi modeli szervezési és projektmenedzsmenti feladatai. CSAKOSZ-konferencia Győr, 2020. 02. 29.
2. Dr. Dózsa Katalin Mária: Milyen többletszolgáltatások beillesztése javasolt a praxisközösségi tapasztalatok alapján? Háziorvosok Online Szervezetének III. Országos Konferenciája, 2020. október 15–18.
3. Dr. Dózsa Katalin Mária, Dr. Sinkó Eszter, Dr. Gaál Péter: Háziorvosi alapellátás, hogyan tovább? Interdisziplináris Magyar Egészségügy, XVI. évfolyam, 2017/6. szám, 7–16. old.
4. 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) Interdisziplináris Magyar Egészségügy (IME) Évfolyam: XVI. évfolyam, Lapszám: 2017/6, pages 17–23.
5. 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.
6. 53/2021. (II. 9.) számú Kormányrendelet
7. Az EFOP 1.8.2. -17 Európai uniós pályázat felhívása: https://www.palyazat.gov.hu/efop-182-17-az-alapellts-s-npegszsggy-rendszernek-tfog-fejlesztse-alapellts-fejlesztse, ezen belül a Segédletek zip fájlban az „Általános iránymutatás a praxisközösségi működés és többletszolgáltatások kialakításához, működtetéséhez" című dokumentum, valamint a „Konzorciumi Együttműködési Megállapodás Támogatásban részesített projekt megvalósítására" című dokumentumok tartalma ajánlható átnézésre.
8. A Három generációval az egészségért program pályázati felhívása az https://okfo.gov.hu/3g-program linken található meg, ezen belül érdemes a https://okfo.gov.hu/-/palyazati-felhivas-harom-generacioval-az-egeszsegert-program-ii- linken böngészni a pályázati felhívás és az 5. számú Konzorciumi együttműködési megállapodás tartalmak között.