

Az alapellátás továbbfejlesztési feladatairól.

Az alapellátás továbbfejlesztésének konszenzusos alapelvei:

1. Az alapellátási rendszer továbbfejlesztése nem önmagában vett finanszírozási reform, hanem a szakmai tartalom megerősítése mentén, az alapellátás minőségének fejlesztése érdekében zajlik.
2. Az alapellátás rendszerének átalakítása a működőképesség megőrzése mellett, folyamatos átmenettel, folyamatos fejlődés kapcsán lehet eredményes.
3. Az alapellátás finanszírozásában meg kell tartani a jelenlegi finanszírozás alapelveit, de fokozni kell a
 - az érdekeltséget a prevenció és gondozási aktivitásban,
 - teljesítményarányosságot,
 - az ellenőrizhetőséget.
4. A teljesítményarányosság fokozása nem jelentheti a tevékenység alapú finanszírozás (pontrendszer) bevezetését **A teljesítmény-arányosságot** (tevékenységek tömegét) **nem általában kell preferálni**, hanem csak az **egészségpolitikai céloknak megfelelő**, elvárt tevékenységek elvégzését szabad finanszírozni.
5. A többletfeladatok forrását meg kell teremteni, és a finanszírozásban az elvégzett tevékenységek alapján kell az alapellátás praxisaihoz juttatni.
6. A változások kapcsán –a teljesítményarányosság fokozásának ellenére– tömegesen nem csökkenhet a háziorvosok bevétele. Ahol ezt ellátási érdek indokolja, ott a praxisok működését a változások ellenére is biztosítani kell.
7. Az egységes és továbbfejlesztett „alaprendszer” mellett lehetőséget kell adni az alapellátásban a közösségi ellátás-szervezési „egészség-gazdálkodási” modellek kialakulására is.

A javasolt megoldás lényege

1, A háziorvos szűrési - gondozási feladatait

- jól **definiálttá**,
- egységesen, ellenőrizhetően, feldolgozhatóan **dokumentálttá**,
- **ellenőrzötté**

kell tenni.

2, A finanszírozásban

- **tételesen honorálni kell** (havi elszámolható maximummal) a protokoll-szerűen, a szűrési rendeletnek megfelelően végzett periodikus **szűrési - gondozási** alapvizsgálatokat (törzskarton kitöltés)
- **a fejkvóta** folyósítását teljesítményarányossá kell tenni.

3, Folyamatos átmenetet biztosítva meg kell ismétetni, illetve folyamatossá kell tenni az orvosválasztást. Az új orvosválasztást egy alapszűréshez kell kötni. A részletes statusok felvétele, **a törzskarton kitöltése egyúttal az orvosválasztás megisméltése is**. A fejkvóta alapú, orvosválasztáson alapuló finanszírozás már korlátozott érvényességi idejű, a finanszírozás időtartama fordítottan arányos a fejkvóta pontértékével.

A javasolt megoldás technikája

A javasolt megoldás technikájának elvi összefoglalása

Az alapellátás megújításában össze kell kötni a szakmai tartalom egységesítését, annak dokumentálását és a finanszírozás teljesítményarányosságát. Az alapellátásban a szakmai tartalom meghatározásában csak az általánosan, az adott szakmai, pénzügyi keretek között elvárható, éppen ezért számonkérhető feladatokat kell nevesíteni. A szakmai tartalom meghatározását össze kell kötni a szakmai dokumentáció megújításával, a törzskartonok újra-definiálásával. Erre a megújított, egységesített szakmai tartalomra kell alapozni a háziiorvosi rendszer fokozatos újraépítését.

Meg kell hirdetni az orvosalapítás megújítását, melyet a meghatározott alapvizsgálatok és életvezetési tanácsadás elvégzéséhez kell kötni.

Az elvárható teljesítmények megalapozottsága érdekében limitálni kell az egy hónap alatt regisztrálható páciensek számát.

A finanszírozásban az elvégzett alapvizsgálatot és tanácsadást a jelenlegi finanszírozás mellett, pluszban kell honorálni.

A fejkvóta alapú finanszírozás teljesítményarányosságát úgy lehet javítani, ha a fejkvóta folyósítását meghatározott időtartamhoz kötjük. Újabb szakmai tevékenység nélkül egy bizonyos határidő után a finanszírozást meg kell szüntetni.

A finanszírozás új technikája

A finanszírozás változásának két eleme van:

az alapellátásban elvégzendő feladatok és dokumentációs rendjük meghatározása, és a fejkvóta értékeinek, a „kártyapont” értékének az újbóli meghatározása.

Az alapellátásban végzendő feladatok és dokumentációjuk felülvizsgálata

Az alapellátás prevenciós és gondozási tartalmának meghatározásához hozzá kell rendelni a tevékenység egységes, ellenőrizhető dokumentációját.

A megismételt orvosalapítás kötelező részévé kell tenni a kor-specifikus alapvizsgálat elvégzését. A megfelelően dokumentált, elvégzett alapvizsgálatot tételes finanszírozással kell honorálni.

Az alapvizsgálat szakmai tartalma

Az alapvizsgálatba olyan betegségek szűrését célzó vizsgálatok elvégzését kell előírni, amelyek:

- népegészségügyi szempontból jelentősek,
- a háziiorvos szakmai kompetenciájával általában, minden háziiorvos által elvárható és elvégezhető eljárásokon alapulnak,
- erőforrásigénye
 - arányos a háziiorvosi kassza növekményével,
 - nemzeti szinten költséghatékonysága nem kérdőjelezhető meg.

Az alapvizsgálat szakmai tartalmába kötelezően bele kell építeni a vizsgálatok, leletek összegzését, erre építve *a személyre-szabott tájékoztatást, életvezetési tanácsadást, egyéni „egészségterv” készítését.*

A felvilágosítás, tanácsadás megértését a betegnek aláírásával kell igazolnia.

A gondozási betegségeknek megfelelően az alapvizsgálat adattartalma értelemszerűen módosul.

Az alapvizsgálati lap (törzskarton)

Feladata:

- a beteg szűkített személyi adatainak hordozása,
- a kor és nem szerinti szűrő- és ellenőrző vizsgálatok periodikus rögzítése,
- a népegészségügyi jelentőségű ismert betegség gondozásának főbb adatainak rögzítése.

Adattartalma (kor, nem és gondozási betegség függvényében)

1. anamnesis
 2. egészségügyi alapadatok (allergiák, gyógyszerérzékenység, vérzékenység stb.)
 3. status
 4. a szűrési rendeletben leírt szűrő- és ellenőrző vizsgálatok
 - előszűrések adatai
 - elvégzett szűrővizsgálatok
 - megszervezett szűrővizsgálatok
- az 1., 2. és 3. pontban leírt vizsgálatok pozitívumai alapján kötelezően elvégzendő vagy megszervezendő egyéb szűrő és ellenőrző vizsgálatok
 - javaslatok, a beteg által elfogadott "személyes egészségterv"

Az alapvizsgálati lapok csak a jól meghatározott kitöltési útmutatóval együtt értelmezhetők.

Az alapvizsgálati lap tartalmi és formai javaslatait az 1. számú melléklet tartalmazza.

A kártyapontok és az érvényességi idő meghatározása

A továbbfejlesztés lényeges eleme a kártyapont folyósításának limitálása. Az alapelv az, hogy **a kevesebb pontértékű, kevesebb gondozási igényű betegek kártyapontja hosszabb ideig folyósítható ismételt ellenőrzés nélkül, míg a magasabb pontértékű betegek után a finanszírozás rövidebb ideig jár újabb ellenőrzés nélkül.**

A megvalósításban két változat lehetséges, attól függően, hogy a korkorrekció mellett a diagnóziskorrekció is megjelenik-e a fejkvóta értékben. Mindez elsősorban nem szakmapolitikai döntés függvénye, hanem a megvalósítható megoldás az elvárt szakmai tartalom határidős, konszenzusos kidolgozhatóságától függ.

„A” VÁLTOZAT

Csak korkorrigált esetben, a szűrési rendeletnek megfelelő korcsoportok szerint

Amennyiben a fejkvóta értékeiben csak a kor szerinti tevékenységigény jelenik meg, úgy a korcsoportos beosztást finomítani kell. Az új korcsoportok megállapításánál az általános tevékenységigény mellett a szűrési rendeletről fakadó tevékenységigényt és korcsoportbeosztást is figyelembe kell venni. Ennek megfelelően az alábbi beosztás javasolt.

Korcsoport	pont	érvényességi idő
0-4 év	4,5	1
5-14	2,5	2
15-25	1,0	3 (4)
26-45	1,5	2 (3)
46-65	2,0 (2,5)	2 (1)
65 felett	2,5 (3.0)	1

1. táblázat

A javaslat értelmében a legkevésbé ellátás és szűrésiigényes korosztály (15-25 év) pontértéke maradna csak 1.0 és ez a pénz 3 évig lenne folyósítva újabb ellenőrzés nélkül. A 26 és 45 év közötti korosztály ellenőrzése már két évente lenne kötelező a finanszírozáshoz, míg 45 év felett már évenkénti ellenőrzés társul. A zárójelben levő számok a megfontolható alternatívákat jelentik.

Ez a javaslat könnyen megvalósítható, ellenőrzése egyértelmű helyzetben alapul (a páciens kora), de a fejkvóta értékében nem kezeli a gondozási tevékenységet, illetve ebben az esetben a gondozás elismerése csak tételes finanszírozással (a gondozási kártyák kitöltésének finanszírozása) jelenhet meg.

B változat

Kor és gondozás-korrigált korcsoportok esetén

Amennyiben a fejkvóta értékbe a gondozást is meg akarjuk jeleníteni, úgy az alapszoportokat és értékeket nem szükséges változtatni. (2. táblázat)

Korcsoport	pont
0–4 év	4,5
5–14	2,5
15–34	1,0
35–60	1,5
60 év feletti	2,5

2. táblázat

A fenti korcsoportos *értékhez az alapellátásban szakorvosi konzultációk segítségével definitíve megoldható, népegészségügyi szempontból jelentős gondozási csoportokba tartozó betegek* után gondozási csoportonként 0,5 -1,0 pont hozzáadódik, maximum 3,0 pont összpontszám (kor + gondozás) értékig. (A 4 év alatti gyermekek alapellátása folyamatos, rendszeres, jól definiált feladatokat a házi orvosnak, valamint ennek a korcsoportnak a pontértéke megfelelően magas, így ebben a korcsoportban nincs értelme a gondozási többletpont elismerésének.

A javaslat szerint a finanszírozás időtartama a kumulált pontértéktől (korcsoportos + gondozási) függ, a 3. táblázat szerinti összefüggésben. A korcsoportok durva sematizálását a tényleges állapotnak megfelelő korrekció lehetősége magyarázza. Az így kialakított pontok javasolt érvényességi idejét a 3. táblázat mutatja.

Pont	érvényesség
1,0	3 (4)
1,5	2 (3)
2,0	2
2,5	1
3,0	1
4,5	1

3. táblázat

A gondozási tevékenység dokumentálása és honorálása

A háziiorvosi tevékenység keretében végezhető gondozási feladatokat két csoportra kell osztani:

- népegészségügyi szempontból kiemelt fontosságú, a háziiorvostól folyamatos munkát követelő, az alapellátásban szakorvosi konzultációk segítségével definitíve megoldható betegségek gondozása
- a háziiorvostól csak eseti, vagy átmeneti munkát követelő betegségek gondozása, illetve szakorvosi gondozásban való együttműködés.

A célirányos alapvizsgálat elvégzését megfelelő dokumentáció esetében mindkét csoportban honorálni kell, de súlyszám (kártyapont) növekmény csak az első csoport esetén képzelhető el.

A súlyszámnövelést indokoló, az alapellátás gondozási kompetenciájába tartozó lehetséges betegségek listáját a 2. számú melléklet mutatja.

Az új rendszer dokumentációja

A finanszírozás az egységesen vezetett dokumentált tevékenység teljesítésén alapul. Az egységes dokumentáció természetesen csak egységes adattartalmat és adatformátumot, illetve egységes formátumban előállítható jelentéseket jelent. A finanszírozásban is preferálni kell az elektronikus adattárolást és adattovábbítást, de csak olyan dokumentációs rendet szabad kialakítani, amely manuálisan is teljesíthető.

Az elszámolás technikája

A praxisok alapbevételeként 1998-ban megkapják a jelen elszámolás szerinti bevételt, és ehhez kiegészítő bevételként az elvégzett alapvizsgálatokért, gondozásba vételért és tanácsadásért tételes elszámolás szerint többletbevétel jár.

1999 januártól (esetleg már 1998 július 1.-től) meg kell szüntetni a jelenleg alkalmazott gondozási szorzókat, mert fent javasolt rendszer hivatott kiváltani a szakmailag megfelelő eredményt nem hozó, az alapellátás orvosai által nem megfelelően fogadott gondozási szorzók rendszerét.

Az új rendszer bevezetése csak abban az esetben lehet eredményes, ha megszűnik a bázis-rész növelése, és a kasszanövekmény a kártyapont-alap növelésén kívül csak az alapvizsgálatok honorálására fordítódik.

Az elszámolás az első évben az elvégzett alapvizsgálatok, kitöltött alapvizsgálati lapok alapján történik. Tanulva az 1992. évi kudarcból, a munka tényleges elvégezhetősége érdekében ***limitálni kell a havonta elszámolható kártyák számát.***

Az elszámolás feltétele:

- protokollnak megfelelően elvégzett tevékenység
- előírásnak megfelelő dokumentáció
- a beteg aláírása, mellyel a tanácsadás megértését igazolja
- az elszámolás hónapjába eső kitöltés és aláírások
- keretszámon belüli tevékenység

Javasolt ***elszámolható új kártyaszám: 100 paciens*** / praxisban dolgozó orvos.

Az orvosválasztás/megerősítés technikai kérdései

Az orvosválasztás technikáját össze kell hangolni a praxisregiszter kialakításával. A praxisregiszter a praxisba bejelentkezett betegeket azonosítja. Az azonosítót folyamatosan növekvő sorszámmal kell kiadni, és ez a szám a beteg kartonszáma. Egy szám csak egyszer adható ki, akkor is, ha a beteg közben meghalt, vagy más praxisba jelentkezett. Ha a beteg visszakerül a praxisba, eredeti számán kell nyilvántartani. A beteg a választását írásban is megerősíti, és ennek kapcsán az OEP a TAJ szám alapján az előző praxis regiszteréből a beteget törli. Az orvosválasztást (változtatást) egyébként célszerű a beteg oldaláról minimum féléves időtartamhoz kötni.

A kitöltött törzskartonokat a kartonszám növekvő alaosztásával kell azonosítani. Az OEP felé a finanszírozáshoz a beteg természetes azonosítóit, TAJ számát és a törzskarton számát kell jelenteni. Amennyiben a kártyapont értéke nem csak korkorrekciós faktort tartalmaz, akkor a jelentés kiegészül a kártya pontértékével.

A megoldás előnyei

- egységesedik az alapellátás tevékenysége, minősége
- nő a finanszírozás teljesítményarányossága, megszűnik a holt lelkek finanszírozása
- nő az érdekeltség a betegek felkutatásában, a rizikóállapotok felkutatásában, a gondozásba-vételében
- a dokumentáció egységesítése miatt az alapellátásban népegészségügyi szempontból egységesebb, feldolgozhatóbb, ellenőrizhetőbb, jobb minőségű adatbázis áll elő
- kiépül az OEP praxis regisztere

A megoldás hátrányai

- miután a javasolt megoldás egyértelműen fokozza a teljesítményarányosságot, egyes – jelenleg tényleges teljesítmény nélkül finanszírozott– praxisok bevétele lényegesen csökkenhet és működése veszélybe kerülhet
- a földrajzi, településszerkezeti, etnikai tényezők –a lakosság elérhetősége, megszólíthatósága, motiválhatósága– jobban befolyásolják a praxisok bevételét
- az eddig használt számítógépes programoknál átállási technikai problémák merülhetnek fel, illetve az átállás többletköltségeket okozhat.

Látható, hogy az előnyök kézzelfoghatóak és általánosak, a hátrányok teoretikusak és parciálisak.

A finanszírozás konkrét megoldási javaslata 1998-ra

Általános megjegyzések

Az 1998-as megvalósítás kritikus pontja a szakmai tartalom meghatározása. A szakmai szorzók rendszere is alapvetően nem a finanszírozási konstrukció, hanem a nem megfelelő szakmai tartalom, és a sokakat érintő jövedelemcsökkenés miatt vált sikertelenné.

Ennek megfelelően a jelen javaslatból a fejkvóta gondozási korrekciója csak megfelelő szakmai tartalom esetén vezethető be, de az alapváltozat is csak az alapvizsgálati lap pontos definiálása és megfelelő kitöltési utasítás elkészítése esetén lehet sikeres.

Finanszírozás

1998-ban a javasolt rendszer szerint féléves többletfinanszírozással kell számolni.

Az ellenőrizhetőség miatt csak az adott hónapban kitöltött kartonokat lehet elszámolni, –a szabadságokat és a lakossági orvoshoz fordulási szokásokat is figyelembe véve– éves viszonylatban az elérhető maximális kartonszámhoz (12X100) képest maximum 80-85 %-os kitöltés várható.

Havi száz karton kitöltéssel és praxisonként átlagosan 25.000 Ft többletbevétellel számolva egymilliárdos alkasszát kell elkülöníteni a bevezetéshez 1998 második félévére. Az elszámolás technikája miatti csúszás következtében **a rendszer 800.000 Ft-al is elindítható.**

Ennek megfelelően a finanszírozásban 1998-ban minimálisan **egy törzskarton kitöltésért 300 Ft/karton, illetve 170 Ft/kártyapont** javasolható. (modellszámítás az előző változatokban)

A megvalósítás javasolt menete

A rendszer csak fokozatosan, megfelelő átmenettel és jó PR mellett vezethető be. A teljes rendszer általános bevezetése csak a harmadik évben várható reálisan.

A rendszer bevezetésének fő szakaszait és elemeit a 4. számú táblázat tartalmazza.

1. félév:	A szakmai tartalom és az információtechnológia kidolgozása
Első két év:	A törzskartonok kitöltése, az orvosválasztás megismétlése, az új praxisok kialakítása. Finanszírozás az eddigiek szerint + tételes a törzskartonok kitöltésért.
Két év után:	Finanszírozás csak az érvényességi időn belüli kártyákért + tételes a karton-kitöltésekért. (gondozási is !)

4. táblázat

Kommunikációs szempontok:

Az új rendszer két alapeleme: a lakosság egészségi állapotának javítása és az alapellátás teljesítményarányosságának növelése.

Lényeges annak kommunikálása, hogy itt egy komplex dologról van szó, amely nem egy szűrési kampány, hanem a korszerű, színvonalas háziiorvosi munka megalapozása. A rendszer sokat tesz az alapellátás minőségének egységesítéséért.

Új elem, hogy az alapvizsgálatnál az orvos nem csak „leszűri” a beteget, hanem a talált leleteket megbeszéli, közös „egészségterv”-et készítenek, mely a beteg életmód-tanácsadásában, a gondozás megtervezéséből és az elvárt eredmények megfogalmazásából áll.

Szempontok a **lakosság felé**:

- az új rendszer a lakosság egészségi állapotát javítja, megelőzés-központú
- nem adminisztratív kötelességről vagy szűrőkampányról van szó, hanem a lakosság egészségi állapotának a javítása a cél
- a lakos az egészsége érdekében partnerré válik, csak akkor lesz jó a dolog, ha a lakos is akarja, hogy a háziorvos vele együtt alakítsa ki a személyes „egészségtervet”, azaz a beteg nem a gyógyítás tárgya, hanem a háziorvos segítségével maga is részese
- a bevezetett rendszer ugyan „többletmunkát” jelent, de csak akkor tudjuk a tragikus népegészségügyi mutatókat javítani, ha mindnyájan komolyan vesszük ezt a lehetőséget. Aki kitöltés nélkül írja alá a törzskartont, az nem az OEP-et veri át, hanem saját egészségét kockáztatja.

A házi orvosok felé azt kell kommunikálni, hogy:

- nem alapvetően új rendszerről van szó, hanem a többség által eddig is végzett tevékenységek egységes dokumentációja és a teljesítmény-arányosságot jobban kifejező finanszírozás a cél
- nem csalókat keresünk, hanem a tisztességesen dolgozókat akarjuk teljesítmény-arányosan megfizetni
- a többletfeladat többletbevétellel jár
- a „holt lelkek” pénze nem vesz el, hanem növeli a ténylegesen ellátott betegek finanszírozási alapját. Ez természetesen csak az alapellátás egészére igaz, egyes praxisokat ez érinthet negatívan. Ez a változás ugyanakkor nem igazságtalan, mert csak a teljesítmény nélküli pénzt veszi el, és ellátási érdekek esetén meg lesznek a megfelelő védőmechanizmusok.
- az új szűrési-gondozási rendszer azoknak, ***akik eddig is alapos szűrő, gondozási munkát végeztek, azoknak nem jár feladatnövekedéssel***, hanem az alapvetően eddig is végzett feladatok egységesített struktúrájáról, illetve áttekinthető, számonkérhető finanszírozásáról van szó.
- többletmunkát legfeljebb a precízebb adminisztráció jelent, de ez a finanszírozásban ellentételezve lesz.

Budapest, 1997 december....

Dr. Palla Sándor

Dr. Kincses Gyula

A törzskarton javasolt adattartalma:

Általános megjegyzések

A törzskarton mérete, bonyolultsága érdemben nem haladhatja meg a jelenleg is forgalomban lévő törzskarton adatlap méretét és adat-tartalmát.

Ez az alapelv részben határt szab a törzskartonon megjeleníthető adattartalom nagyságának és bonyolultságának.

Úgy célszerű meghatározni az adattartalmat, hogy

- alkalmazkodjon az életkorokból fakadó, a kötelező és ajánlott szűrési vizsgálatokhoz,
- alkalmas legyen az adott egyén ismert krónikus betegségeiből eredő gondozási feladatok alapidokumentálására is.

A törzskartonban a statuszt részletesen csupán az eltérések esetén tartalmazza, a negatív statuszrészek összefoglalóan is rögzíthetők.

Alapadatok:

- név,
- születési idő,
- TAJ-szám,
- páciens regiszter sorszáma,
- lakcím, elérhetőség (telefon is),
- a bejelentkezés, ill. az alapstátusz rögzítésének és az elvégzett vizsgálatok kijelölésének ideje.

Egészségügyi alapadatok:

- családi terheltség,
 - rizikófaktorok,
- (Csak a pozitívumok jelölése szükséges, az anamnézis felvételi rendjét külön útmutató rögzítse, amely nem a törzskarton része.)*
- CAVE/allergia,
 - előző betegségek, műtétek (diagnózis, BNO-kód, évszám),
 - ismert orvosi gondozást igénylő krónikus betegségek (diagnózis, BNO-kód, évszám).

Alapstátusz:

- fizikális vizsgálat,
- (Csak a pozitív eltérések részletezendők, de a részletes fizikális vizsgálat elvégzése kötelező)*
- két évnél nem régebbi diagnosztikai leletek jelölése, és a beteg gondozása szempontjából fontos pozitív eredmények kiemelése (rtg, UH, MRI, endoszkópos leletek...).

A gondozási stratégia:

- az életkorból, a rendeletek által szabályozott szűrésekből, és az előző betegségektől függő feladatok kijelölése.

Az elvégzett vizsgálatok eredményei:

(Normál tartományban lévő laborleletek, negatív diagnosztikai leletek meglétének az igazolása, és a figyelmet érdemlő vagy pozitív eredmények jelölése.)

Állapotvéleményezés:

(Meghatározott időszakonként az objektív és szubjektív tünetek és eredmények alapján jelölendő a beteg állapotának stagnálása, javulása vagy romlása.)

- a vizsgálati leletek összefoglalása
- sz.e. terápiás terv készítése (egyebek kivizsgálása, tervezett ellenőrzések, stb.)
- életvezetési tanácsok (pl.: dohányzás abbahagyása, fogyás, fizikai aktivitás változása, táplálkozási szokások stb.)

A beteg aláírása

A személyes egészségterv megértését és elfogadását a beteg a karton kitöltésével azonos dátummal igazolja.

A háziorvosi kompetenciában gondozható, súlyszámkorrekciót indokoló betegségek

A krónikus betegségek közül az alábbiak jöhetnek szóba:

- hypertonia betegség (első bevezetésnél nem célszerű súlyossági fokot jelölni; a hypertonia betegség önmagában egy kivizsgált és gyógyszeresen kezelt állapotot takar)
- ismert és kivizsgált szív- és érbetegségek, illetve elváltozások közül:
 - * ischaemiás szívbetegség
 - * az infarctus myocard. utáni állapot
 - * ritmuszavarok
- az idült antikoaguláns terápiát igénylők (ez valódi gondozási feladat, rendszeres ellenőrzéseket igényel nemcsak a labor vonatkozásában)
- obstruktív hörgőbetegségek
 - * asthma bronchiale
 - * bronchitis chronica obstruktiva
 - * emphysema pulmonum
- diabetes mellitus (a bevezetéskor itt sem célszerű a különböző súlyossági fokokat, illetve szövődményeket figyelembe venni a finanszírozás szempontjából)
- Stroke betegségek
- májcirrhosis
- a beszűkült vesefunkciójú betegek (azothaemia, chronicus uraemia)
- felfedezett és kezelt onkológiai betegek (az onkológiai betegek gondozása nemcsak az alapbetegségből eredő feladatokat jelenti, hanem a társbetegségek, a pszichés állapot, a fájdalom, a terminális állapot ellátását és gondozását, valamint a család vezetését és pszichés támogatását is.