

Dr. Uwe K. Preusker: A priorizálás gyakorlata az észak-európai országokban

*A „Racionálás helyett priorizálás – Az egészségügyi rendszer jövőjének biztosítása” című könyv (kiadta: Prof. Heinz Lohmann és Dr. Uwe K. Preusker) a szolidárisan finanszírozott egészségügyi rendszerben nyújtott szolgáltatások priorizálásának elkerülhetetlenségéről vagy ellenkezőleg, megengedhetetlenségéről folytatott vita jelenlegi állását tükrözi. Ezenkívül kitekintést nyújt az észak-európai egészségügyi rendszerekre, amelyekben a priorizálásról szóló nyilvános vita már az 1990-es évek közepén elkezdődött. A könyvben mind a priorizálás hívei, mind annak ellenzői megszólalnak. A tanulmányok szerzői: Prof. Dr. Christoph Fuchs (a Német Szövetségi Orvosi Kamara ügyvezető igazgatója), Dr. Klaus Theo Schröder (volt szövetségi egészségügyi államtitkár), Prof. Dr. Dr. Dominik Groß (az aacheni egyetem professzora), Jörg Carlsson (Svédországban praktizáló német kardiológus), Wolfgang Wodarg (Szociáldemokrata politikus, a Bundestag-tagja) valamint a könyv kiadói: Prof. Heinz Lohmann és Dr. Uwe K. Preusker.*

*Az észak-európai országokban a priorizálás már évek óta bevett gyakorlat. Norvégiában, Svédországban és Finnországban a parlamentekben már az 1990-es évek közepén napirendre tűzték a priorizálást, széles politikai vitára került sor és ennek eredményeként irányelveket dolgoztak ki, amelyek ma a konkrét allokációs döntések alapjául szolgálnak. Jelenleg mindhárom országban ismét vitát folytatnak a priorizálásról. Norvégiában 2007-ben ismét felállították „a minőség és a priorizálás országos tanácsát”. A svéd egészségügyi miniszter az 5. Országos Priorizálási Kongresszuson (Malmö, 2009. október 15-16.) bejelentette a svéd Reichstag által 1995-ben a priorizálásra vonatkozóan elfogadott alapelvek felülvizsgálatát és továbbfejlesztését. Finnországban 2005-ben szabályozták a nem akut megbetegedések kezeléséhez való hozzáférés feltételeit, amelyeket széles körben elfogadott szakmai kritériumok jellemeznek.*

Az észak-európai országok egészségügyi rendszereiben a priorizálás a normalitás részét alkotja. Ez sokáig lényegében a várakozási idők, ill. várólisták formájában történt, ami az utóbbi években azonban elsősorban az időben való kezelési garanciák bevezetése óta jelentősen csökkent. A priorizálás elve – széleskörű társadalmi vitát követően – az összes észak-európai országban elfogadottá vált az egészségügyi rendszerekről szóló jogszabályokban. A vertikális priorizálás tekintetében már léteznek bizonyos konkrét segédletek, mint a Svédországban alkalmazott kérdőívek vagy a Finnországban bevezetett általánosan érvényes irányelvek a betegeknek a nem akut megbetegedések súlyossága szerinti besorolása.

A Finnországban 2005-ben a nem akut orvosi ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatban kibocsátott egységes kritériumok összesen 193 megbetegedésre, ill. diagnosztikai intézkedésre terjednek ki. Jelenleg ez Észak-Európa határain túl is a legkifinomultabb modell az elektív intézkedésekhez való hozzáféréstről, amelyet az adott orvosi szakterületek közötti konszenzus alapján dolgoztak ki.

Ahhoz, hogy pontos képet alkothassunk a forráselosztásra vonatkozó különböző intézkedésekről, más aspektusokat is figyelembe kell vennünk:

- az egészségügyi ellátási kínálat volumenének meghatározását, valamint az egészségügyi személyzethez való hozzáférést;
- a szolgáltatási katalógus volumenét;
- az önrészek szerepét, mint az irányítás eszközt.

## **Az észak-európai egészségügyi rendszerek:**

### **Finanszírozás:**

Az észak európai országok (Dánia, Norvégia, Svédország, Finnország) egészségügyi rendszereinek finanszírozása alapján véve adókból történik. Bizonyos megszorításokkal elmondható, hogy egyébiránt a munkajövedelemtől függő járulékokat is beszednek, ezek mértéke az összfinanszírozás keretében azonban elenyésző. Finnországban a biztosítottak adóköteles jövedelmük 1,5%-át fizetik betegbiztosításra, a munkaadó 1,614%-kal járul hozzá (közszolgáltatban: 2,864%-kal). Az egészségügyi kiadásokat túlnyomórészt az egészségügyi ellátásért felelős lokális vagy regionális területi testületek által behajtott adókból finanszírozzák, ezek többnyire jövedelemadók, amelyek mértéke tekintetében a területi testületek között intenzív versenyfutás zajlik.

Az adóforrásokból történő finanszírozás mellett mindegyik országban létezik egy állami támogatás, amely ugyancsak adókból származik. Az állami támogatást közvetlenül az egészségügyi ellátásért felelős területi testületnek fizetik. Finnországban 2005-ben az ellátásért felelős önkormányzatok egészségügyre fordított kiadásainak egyharmadát állami támogatásokból fedezték. Ezenkívül bizonyos kiadásokat összállami szinten finanszíroznak és igazgatnak, így Finnországban az állami gyógyszer-támogatásokat, amelyek kifizetése az állami nyugdíjbiztosítási intézetre (*Kansaneläkelaitos – KELA*) által történik. Norvégiában az ambuláns és kórházi szakorvosi ellátás kiadásait közvetlenül állami forrásokból finanszírozzák.

### **Biztosítási kötelezettség, szolgáltatási katalógus, az ellátás biztosítása, költségvetési irányítás:**

Az észak-európai országokban a biztosítási kötelezettség a lakóhely elvén alapul. Észak-Európában alapján véve az országban bejelentett minden személy betegbiztosítással rendelkezik, függetlenül nemzetiségétől, a keresőtevékenység végzésétől, jövedelmétől. A biztosítási viszony tehát nem a foglalkoztatáson vagy valamely biztosítással rendelkező személlyel való hozzátartozói viszonyon alapul, mint Németországban, hanem a lakóhely elvén.

A szolgáltatási katalógus az észak-európai egészségügyi rendszerekben hagyományosan szűkre szabott. Ez egyebek között azt jelenti, hogy azokat a szolgáltatásokat, amelyek a „különleges terápiás irányok” közé tartoznak, ill. amelyekkel kapcsolatban nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték, nem veszik fel a szolgáltatási katalógusba. Ilyenek a kúrák, a természetgyógyászat, a homeopátiás gyógyszerek. A szolgáltatási katalógus korlátozásának további módoszata az egészségügyi technológiai értékelés. Így pl. Norvégiában felnőttek részére a fogászati kezelés és a fogpótlás hagyományosan nem szerepel a szolgáltatási katalógusban.

Finnországban 2005-ben a privát baleseteket kizárták az állami egészségügyi rendszer szolgáltatási katalógusából, ezeket egy új szabály szerint privát forrásokból, privát balesetbiztosításból, ill. a kötelező gépjárműbiztosításból kell finanszírozni.

A szükségtelen szolgáltatások igénybevételének korlátozása, ill. megelőzése érdekében az adókból történő finanszírozás mellett az egyéneknek is hozzá kell járulniuk a költségekhez. Kivételt képez a dán egészségügyi rendszer, ahol a biztosítottaktól sem az ambuláns orvosi, sem a kórházi ellátásért nem kell önrészt fizetni. A többi észak-európai országban az önrészek rendszeréhez egy általános szociális védelem társul, egyrészt az önrészek összegének maximálásával, másrészt a rászorultak szociális vagy adókedvezményekkel való támogatásával.

Az egészségügyi ellátás nyújtására való kötelezettség minden észak-európai országban a területi testületekre (önkormányzatokra vagy önkormányzati társulásokra, Svédországban a régiókra, ill. a tartományi parlamentekre) hárul. Svédországban az elmúlt 15 év során az önkormányzatoknak az egészségügyi és szociális ellátás területén való hatásköre oly mértékben növekedett, hogy az közeledett a tartományi parlamentekéhez. Néhány éve az önkormányzatok és a tartományi parlamentek érdekszövetségei létrehozta egy közös érdekképviselőt („*Sveriges Kommuner och Landsting*”), amely egyebek között átvállalja a munkaadói és tarifapartneri feladatok többségét az egészségügyben és a közszolgáltatásban dolgozók vonatkozásában.

Észak-Európa minden országában demokratikusan és meghatározott időre megválasztott területi testületek működnek, az ellátási kötelezettség az adott területi testület lakosságára korlátozódik. Az ellátás évtizedeken keresztül saját intézményekben – egészségügyi központokban és kórházakban – történt. Kivételt csak a dániai elsődleges orvosi ellátás képez, amely hagyományosan a saját rendelővel rendelkező („letelepedett”) orvosok praxisaiban történik. Időközben az egészségügyi intézmények jogilag önállósultak, ami a német települések által működtetett intézményekhez, vagy a korlátolt felelősségű társaság vagy részvénytársaság formájában történő privatizációhoz hasonlítható, amikor az intézmény mégis 100%-os állami tulajdonban marad. Így szétválasztják az egészségügyi intézmények menedzsment-funkcióját és a finanszírozási funkció teljesítését. Ebben a modellben a területi testületeknek a finanszírozásért felelős szervei megállapodnak az egészségügyi intézmény menedzsmentjével egy bizonyos időszakos szolgáltatási volumenéről és áráról, majd megkötik a megfelelő szerződéseket. Svédországban az ambuláns ellátó intézmények, az ún. egészségügyi központok üzemeltetésének felelősségét fokozatosan átruházzák az ott működő személyzetre (orvosok, fogorvosok, ápolószemélyzet) és így gyakorlatilag privatizálják azokat.

A szolgáltatásoknak a lakóhely szerinti területi testület tulajdonában levő egészségügyi intézmények általi biztosítása sokáig a választási szabadság korlátozásával járt. A polgárok elvben csak a lakóhely szerinti egészségügyi intézményben vehették igénybe a kezeléseket. Az ellátási kötelezettség és a szolgáltatás nyújtása közötti egybeesést azonban most már jó 15 éve vitatják. Egyre gyakrabban írnak fel a terület határán átnyúló szolgáltatást, amelynek során privát szolgáltatások igénybevétele is megengedett. A választási szabadság helyzete, mindenekelőtt a kezelési garanciák bevezetésével, valamelyest javult. A kezelési garancia része, hogy amennyiben a kezelésre való várakozási idő meghaladja a garantált maximális időt, a beteg jogosult a

szolgáltatást egy lakókörnyezetén kívüli más állami vagy akár privát intézményben igénybe venni. Ez részben a külföldi kezeléshez való jogot is tartalmazza. A valóságban azonban kevesen élnek a szabad választás lehetőségével.

Az egészségügyi szolgáltatásoknak a lokális és a regionális területi testületek általi biztosítása tekintetében Norvégia kivételt képez. A norvég parlament határozatot hozott, miszerint 2002 elejétől kivonja magát a kórházi ellátás biztosításának kötelezettsége alól. Azóta a kórházi ellátás az állam felelősségi körébe tartozik. A kórházak korábban többnyire a nagy önkormányzatok (*Fylkekommunen*) fenntartásában voltak, az intézkedés során az állam hatáskörébe kerültek. Ez az egészségügyi intézmények részvénytársasági formában történő működtetésének egyik példája. Jelenleg a norvég állami kórházak öt regionális részvénytársasághoz tartoznak, amelyek teljes egészében a norvég állam tulajdonában vannak.

Az észak-európai egészségügyi rendszerek mindegyike az egészségügyi kiadásokat szabályozó költségvetésekre épül. Ezek azonban – a norvégiai kórházi költségvetés kivételével – messzemenően az adott területi testületek szintjén, nem a globális egészségügyi rendszer szintjén működő költségvetések.

### **Az ellátás szervezete:**

Az észak-európai rendszerek közös vonása, Németországtól eltérően, hogy az ellátás egyrészt ambuláns elsődleges ellátásra, másrészt ambuláns szakorvosi és kórházi ellátásra tagolódik, amelynek nyújtására gyakran ugyanazon orvos által, többnyire kórházakban kerül sor. Így tehát megelőzik egy ambuláns szakorvosi és kórházi ellátási struktúra párhuzamos fenntartását, illetve az ambuláns és a kórházi ellátás közötti töréspontokat. Ezzel együtt megváltozik az egészségügyi dolgozók közötti munkamegosztás: a főiskolai végzettségű ápolószemélyzetre messzemenően szélesebb kompetenciák hárulnak, a tapasztalt és magas képzettségű ápolók akár gyógyszerrel is felírhatnak. Észak-Európában az otthoni orvoslátogatás teljesen ismeretlen. Ezt a feladatot a körzeti nővérek és ápolók látják el.

Mind a négy észak-európai országban létezik házi-, ill. elsődleges orvosi ellátórendszer. A legszigorúbb házi-orvosi rendszer Dániában, Norvégiában és Finnországban működik, ahol a szakorvosi ambulancia vagy akár a saját rendelővel rendelkező orvos felkeresése, egészen az akut kivételes esetekig, csak egy elsődleges orvos beutalójával lehetséges. Finnországban lehetőség van privát szakorvosnál való konzultációra. Ebben az esetben az állami társadalombiztosítási intézet (KELA) megtéríti a kezelési költségek egy részét. Svédországban ezzel szemben a szakorvosi ambulanciák akár direkt módon is felkereshetők – a házi-orvosi rendszert itt kínálatként alakították; a szabályozás megfelelően kialakított önrészek útján történik.

### **A prioritizálás történeti előzményei az észak-európai országokban:**

A prioritizálásra szóló vita az észak-európai országokban már az 1980-as években elkezdődött. A prioritizálásra és a racionalizálásra Skandináviában és a racionalizálásra Németországban folytatott vita között az a különbség, hogy Észak-Európában a nyilvános diskurzus

abban a meggyőződésben zajlik, hogy a prioritizálás elkerülhetetlen. Svédországban 1992-ben kezdtek intenzívebben foglalkozni a prioritizálás és a racionálás kérdéseivel. Ennek során felállítottak egy parlamenti prioritizálási bizottságot, amelyben részt vettek a svéd Reichstag öt nagy pártjának képviselői. A bizottság munkája 1997-ben egy parlamenti határozattal zárult, amely meghatározta a prioritizálás alapelveit.

Az etikai alapelvek alapján a svéd parlament kidolgozott egy prioritizálási rendet, amely a következő négy csoportot határozza meg:

1. prioritizálási csoport:

- életveszélyes akut betegségek kezelése;
- olyan betegségek kezelése, amelyek kezelés nélkül tartós individualizálódáshoz vagy idő előtti elhalálozáshoz vezetnek;
- súlyos krónikus betegségek kezelése;
- végső stádiumban levők palliatív ellátása;
- csökkent autonómiával rendelkező emberek kezelése,

2. prioritizálási csoport:

- prevenció;
- rehabilitáció;

3. prioritizálási csoport:

- kevésbé súlyos akut és krónikus betegségek kezelése;

4. prioritizálási csoport:

- a betegségtől vagy bántalmaktól eltérő okokból nyújtott kezelés.

Az első csoport kiemelt prioritásban részesül, ezen belül azonban az életveszélyes akut megbetegedések elsőbbséget élveznek, a következő három alcsoport egyenértékű. A negyedik csoportot a *Reichstag* úgy minősíti, mint amelynek normális esetben nem juttatnak állami pénzt, a szolgáltatásokat önerőből kell kifizetni. A svéd parlament által meghatározott etikai és jogi alapelveket követve számos tartományi parlament és régió kidolgozta a maga végrehajtási utasításait, ajánlásait, irányelveit és egyéb előírásait. A legismertebbek a *Blekinge*-modell, valamint *Västerbottens Län* tartomány parlamenti prioritizálási irányelvei.

*Västerbottens Län* tartomány parlamenti prioritizálási irányelveit 2003 februárjában fogadták el. A svéd parlament irányelveivel kapcsolatban a tartományi irányelv néhány specifikus célkitűzést határoz meg:

- jó ellátás biztosítása,
- annak hatékonyabbá tétele,
- működőképes és etikailag üdvözlendő racionálási rendszer bevezetése az 1. prioritási csoport keretében meghatározott három alcsoport (súlyos krónikus betegek, csökkent autonómiával rendelkező személyek, végső stádiumban levő betegek) részére.

A *Blekinge*-modell keretében meghatározott prioritizálási szempontok:

- Még mielőtt prioritizálni lehetne, el kell végezni egy egészségügyi értékelést. Mindenkinek, aki feltételezi, hogy betegségben szenved, joga van egy egészségügyi értékelésre.
- Ennek alapján aztán alkalmazni kell a svéd *Reichstag* által kidolgozott négyfokozatú prioritizációs rendet.

- Az ezen az alapon megvalósuló priorizálás tekintetében három szintet határoznak meg:
  - kórházi szinten, tehát magában a betegellátásban történő priorizálás,
  - adminisztratív-igazgatási szinten való priorizálás;
  - politikai szinten való priorizálás, tehát a tartományi parlamentben a rendelkezésre álló forrásoknak az egészségügy különböző területei közötti elosztásáról hozott döntés.

## **A priorizálás jelenlegi gyakorlata Észak-Európában:**

### **PrioriteringsCentrum Linköping:**

Az intézetet 2001-ben hozták létre. Finanszírozását a svéd állam, a tartományi parlamentek és az önkormányzatok közösen biztosítják. Konkrét feladatai:

- a priorizációs témákkal kapcsolatos referencia adatbázis felépítése;
- a priorizálásra vonatkozó aktuális svédországi projektek dokumentálása;
- az egészségügyben való priorizálásra vonatkozó alapvető fejlesztő tevékenység ösztönzése;
- a priorizálásra vonatkozó kutatás-fejlesztési tevékenység;
- a centrum tevékenységéről szóló információknak írott és elektronikus formában a polgárok és a szakmai körök rendelkezésére bocsátása.

### **A *Socialstyrelsen* Országos Irányelvei:**

A svéd *Reichstag* által kibocsátott alapelvek az ellátás mindennapi gyakorlatában az Országos Egészségügyi és Népjóléti Hatóság (*Socialstyrelsen*) által kibocsátott irányelvekben öltenek formát. A *Socialstyrelsen* priorizálási irányelveket dolgozott ki az egészségügyi ellátás bizonyos területein:

- kardiológia;
- mell-, végbél- és prosztaták;
- asztma;
- csípőtörés;
- szenvedélybetegségek.

Előzetes irányelveket dolgoztak ki a demencia, a depresszió és szorongásos szindróma, a diabétesz és a stroke területén. Folyamatban van több további irányelv kidolgozása, többek között a tüdőrák és a skizofrénia területén.

A svéd priorizációs centrum 2007-ben a *Socialstyrelsen* megbízásából nyilvánosságra hozta a priorizációval összefüggő felmérés és értékelés eredményeit. Az angol nyelvű változat 2008-ban jelent meg. A tudományos vizsgálat szerint Svédországban a priorizáció még mindig nem teljesen eredményes. Elsősorban a politikai döntéshozók szintjén való nyílt priorizálás (horizontális priorizálás) célkitűzését nem sikerült elérni. Ehelyett a forrásokat továbbra is történelmi beidegződések szerint osztják el. A *Socialstyrelsen* kezdeményezte a svéd *Reichstag* 1995. évi priorizációs döntésének felülvizsgálatát, egyebek között indikátorok kidolgozását, amelyek segítségével követhető a priorizálás valóságos folyamata. Nyilvánvalóbban és élesebben meg kell

fogalmazni a költséghatékonyság elvét, meg kell szabni az államilag finanszírozott egészségügyi ellátás határait. Az elképzelést a svéd egészségügyi miniszter is felkarolta.

### **A 2003. évi Östergötland tartományi stoplista:**

*Östergötland* tartomány parlamentje konkrét prioritáslistát fogadott el, amely 2004 elejétől kezdve évente összesen 37 millió SEK (4 millió euró) megtakarítását célozta. A lista egy sor olyan betegséget tartalmazott, amelyek kezelését a tartomány addig közpénzekből finanszírozta. 2004 elejétől ezekért a kezeléseket a polgároknak három évig (a tartományi kormány menesztéséig és a rendelkezés módosításáig) saját zsebükből kellett fizetniük.

A stoplista egyebek között az alábbiakra terjedt ki:

- második hallókészülék;
- az enyhe horkolás kezelése;
- visszér, mint kozmetikai probléma;
- krónikus hátfájás;
- ferde orrsövény miatti légzési bántalmak;
- a férfiak sterilizációja;
- a nők orvosi indikáció nélküli sterilizációja;
- nyilvánvaló pszichés vagy orvosi indikáció nélküli császármetszés;
- magzatvíz-vizsgálat nem orvosi indikáció esetén;
- jóindulatú daganatok műtétje;
- enyhe prosztatabántalmak;
- fejtetű;
- hólyaghurut gyermekeknél;
- idősebb betegek térdpanaszai, arthroszkópia;
- anális megbetegedések;
- gyomor- és bélmebetegetések sebészeti ellátása multimorbid idős betegeknél.

### **Döntéshozatali segédletek a prioritizáláshoz a nőgyógyászati rákos megbetegedések területén:**

A prioritizálás racionálisabb alakítása érdekében Svédországban elsősorban orvosok kezdeményezésére konkrét kérdőíveket és pontrendszereket dolgoztak ki a konkrét prioritizációs döntések támogatására. A prioritizálás ugyanis mindig konkrét betegeket érint, ami rendszerint a létező várólistára való besorolásban, vagy az államilag finanszírozott ellátás megtagadásában nyilvánul meg. Ennek során konkrét megbetegedésekre, ill. diagnózisokra prioritizációs kérdőíveket dolgoztak ki, a válaszokat pedig egy meghatározott pontszám alapján értékelték. Egy bizonyos pontszám elérése esetén a kérdéses terápiát már nem alkalmazzák. Per Rosenberg, a linköping-i nőgyógyászati klinikán kidolgozott egy prioritizációs kérdőívet, amelyet a nőgyógyászati rákos megbetegedésekben szenvedő nők mindennapi ellátását megelőzően tesztelt. Rosenberg és kollegái úgy döntöttek, hogy >20 pontszám esetén

az adott terápiát már nem alkalmazzák, ehelyett az 1. prioritációs csoport ötödik alcsoportjába (palliatív csillapító kezelés és végső stádiumban levők kezelése) való besorolás ajánlott.

### **Priorizációs minta a nőgyógyászati rákos megbetegedések kezelésére**

Forrás: Per Rosenberg

<b>Életminőség</b>	<b>Pontok</b>
A kezelés általi javulásra való lehetőség nagy (> 30%)	0
A kezelés által nagy lehetőség van az életminőség súlyos rosszabbodásának megelőzésére (> 30%)	4
A kezelés által csekély lehetőség van az életminőség súlyos rosszabbodásának megelőzésére ( $\leq$ 30%)	10
A kezelés általi javulásra való lehetőség csekély ( $\leq$ 30%)	10
<b>Az élettartam meghosszabbítása</b>	
$\geq$ 50% esély az élettartam egy évnél további meghosszabbítására	0
$\geq$ 50% esély az élettartam hat hónapnál további meghosszabbítására	2
$\geq$ 50% esély az élettartam három hónapnál további meghosszabbítására	5
$\geq$ 50% esély az élettartam egy hónapnál további meghosszabbítására	10
< 50% esély az élettartam egy hónapnál további meghosszabbítására	12
Nem ítéhető meg	10
<b>A kezelés komoly komplikációinak / mellékhatásainak kockázata</b>	
az elhalálozás vagy magas és tartós fogyatékoság kockázata < 5%	0
az elhalálozás vagy magas és tartós fogyatékoság kockázata < 10%	2
az elhalálozás vagy magas és tartós fogyatékoság kockázata $\geq$ 10%	10
az elhalálozás vagy magas és tartós fogyatékoság kockázata $\geq$ 30%	15

### **A nem akut kezelésekhöz és diagnosztikai intézkedésekhez való hozzáférés egységes kritériumainak meghatározása Finnországban 2005. óta:**

Finnországban 2005-ben általánosan érvényes irányelveket vezettek be a nem akut megbetegedésekben szenvedő betegek besorolása tekintetében. Ezek az egységes kritériumok összesen 193 megbetegedés, ill. diagnosztikai eljárás tekintetében határozzák meg a nem akut orvosi ellátáshoz való hozzáférést. Egyidejűleg hatályba lépett egy tényleges kezelési garancia. Az intézkedés célja, hogy az azonos indikációval rendelkező betegek számára megbetegedésük súlyosságának megfelelően és azonos kritériumok szerint igazságosan írják fel a rendelkezésre álló kezeléseket. A kritériumokat orvosi szakterületek szerint egy-egy országos bizottság dolgozta ki; kötelező országos szintű alkalmazásukról megállapodás született. Az értékelési sémáktól való eltérést az orvosnak különösen meg kell indokolnia.

Az eljárást az alábbiakban a *coxarthrosis* példája szemlélteti. A megfelelő munkacsoport egy értékelési sémát dolgozott ki, amelynek során maximálisan 100 pont adható. Egy operációs terápia csak 50 és annál több pont esetén javallott, egyéb esetekben konzervatív kezelést javasolnak. A pontok odaítélése öt alcsoportban történik:



**Priorizálási segédlet a coxarthrosis kezeléséhez Finnországban:**

- fájdalomok
  - nincs fájdalom 0 pont
  - megterhelés alatti enyhe fájdalom 10 pont
  - közepesen súlyos fájdalom 20 pont
  - nyugalmi helyzetben való súlyos fájdalom, mozgásban erős fájdalom 30 pont
- gyaloglás
  - több mint 1.000 m. 0 pont
  - 100 - 1.000 m. között 5 pont
  - kevesebb mint 100 m. 10 pont
- egyéb funkcionális korlátozások (hegymászás, lépcsőjárás, cipő felhúzása, lábápolás, mosakodás stb.)
  - nincs korlátozás 0 pont
  - csekély korlátozások 5 pont
  - közepesen súlyos korlátozások 15 pont
  - a mindennapi funkciók veszélyeztetése 30 pont
- klinikai lelet
  - nincs lelet 0 pont
  - csekély lelet 5 pont
  - súlyos lelet 10 pont
- a betegség esetleges progressziója a röntgenfelvételek szerint
  - nincs veszély 0 pont
  - mérsékelt veszély 10 pont
  - nyilvánvaló kockázat 20 pont

Hasonló módon értékelték a többi 192 diagnosztikai és terápiás eljárást, jóllehet az értékelés nem minden esetben pontokban történik. A pontozásos értékelés helyett részletesen le kell írni a leletet, a diagnózistól és/vagy a terápiaától kezdve.

Az eddigi tapasztalatok a viszonylag rövid időtartamra való tekintettel is pozitívak. A várakozási idők csökkentek és elérték az előírt határidőket; túllépés esetén megállapodásra kerül sor arról, hogy az ellátásra más kórházi körzetekben vagy privát kórházakban kerüljön sor. A finn egészségügyi minisztérium 2007 januárjában közölte, hogy abban a hónapban Finnországban 7.332 beteg várt speciális egészségügyi intézményekben az előírt kezelési garanciaidőnél hosszabb ideig kezelésre, miközben 2006 májusában számuk még 12.000 volt. Finnországban nem zajlik széles vita az elektív beavatkozások priorizálásáról. Az alkalmazott kritériumok Interneten hozzáférhető, átdolgozásuk folyamatosan történik.

[Bibliográfiai adatok: Lohmann/Preusker (Hrsg.), *Priosierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem, 2010, VIII, 124 Seiten, Softcover, 24,95 € ISBN 978-3-87081-589-9. Economica*]

*A szerző egészségügyi közgazdász, publicista, a Preusker Health Care Ltd. OY elnöke (Vantaa, Finnország)*

*Fordította: Komáromi Béla*