

Egészségügyi szolgáltatások értékalapú vásárlása: ösztönző eszközök

Brandtmüller Ágnes, School of Health and Related Research (ScHARR), Sheffield,
Thomas Custers, Niek S. Klazinga, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam,
Department of Social Medicine
Dr. Gulácsi László, Egészségügyi Gazdaságtani és Technológiaelemzési Munkacsoport,
Közszolgálati Tanszék, Budapesti Corvinus Egyetem

Az orvosi tevékenység minőségi hiányosságai a humán és pénzügyi erőforrások pazarlásához vezetnek. A fenntartható finanszírozásban érdekelt egészségügyi szolgáltatás vásárlók figyelme így egyre inkább arra irányult, hogy hogyan lehet minőségi és költség szempontokat ötvözni a vásárlási döntés során. A cikk áttekinti az értékalapú vásárlás azon eszközeit – szerződéses megoldásokat és ösztönző technikákat – amelyek az egészségügyi szolgáltatók viselkedésének befolyásolásán keresztül azt a célt szolgálják, hogy a vásárló több értéket kapjon a pénzéért. A cikk röviden ismerteti az Egyesült Államok és az Egyesült Királyság példáját.

BEVEZETÉS

Az egészségügyi szolgáltatások minőségi problémái széles körben ismertek. „A gyógyító munka során elkövetett hibákat, a nem megfelelő minőségű ellátás kedvezőtlen emberi és pénzügyi következményeit már számtalanszor dokumentálták” [1]. A minőségi problémák megközelítése azonban fokozatos változáson ment át az elmúlt évtizedben [2, 3, 4]. Az egészségügyi szolgáltatások minőségét egyre kevésbé tekintik az orvosszakma „belügyének”: a magán és az állami szektor szolgáltatásvásárlói, az ún. érték-alapú vásárlás eszközrendszerének segítségével, aktív szerepet kívánnak vállalni a minőség javításában [5]. „Az egészségügyi ellátások fenntartható finanszírozásának és jó minőségének biztosítása – még ha a megközelítés különböző is – alapvetően azonos célt szolgálnak és nem ellentétesek egymással. Mindkét koncepciónak szerepe lehet abban, hogy a rendelkezésre álló és fenntartható nagyságú erőforrások kiszámítható módon kerüljenek felhasználásra, az elérhető egészségnyereség maximalizálása mellett” [6].

AZ ÉRTÉKALAPÚ VÁSÁRLÁS EREDETE ÉS ALKALMAZÁSÁNAK INDOKAI

A 80-as években az Egyesült Államokban az egészségügyi infláció és az orvosi technológiák gyors fejlődése és elterjedése következtében drámaian emelkedtek az egészségügyi költségek [7]. Az emelkedő költségekre legaktívabban reagáló munkáltatók piaci változásokat sürgettek: átté-

rést a managed care-re, új megoldásokat a kockázat megosztás módjában és a szerződéses viszonyokban, a prémiumok csökkentését, az egészségügyi tervek (health plan) konszolidációját és összeolvadását. Ezekkel a folyamatokkal párhuzamosan néhány élenjáró munkáltató, piaci erejére támaszkodva, egyre nagyobb hangsúlyt fektetett a magasabb minőségű, és így nagyobb értéket képviselő egészségügyi szolgáltatások vásárlására [8]. A 90-es évek során ebben a változó környezetben vezette be Ellwood és Enthoven a menedzselt verseny filozófiáját és alapelveit, amely a költségeken túlmenően minőségi szempontokat is figyelembe vesz a szolgáltatásvásárlás során, és a szolgáltatók közti versenyt ösztönzi [7]. A minőségi szempont a managed care filozófia része. Lökést azonban a minőségi problémákról és azok költség konzekvenciáiról megjelenő evidenciák adtak. Ezek sorában az egyik legnagyobb hatású az Institute of Medicine 2001-ben megjelent tanulmánya volt [9], amely megdöbbentő adatokat közölt az USA egészségügyi ellátórendszerének hiányosságairól. Ezek az evidenciák azt is feltárták, hogy a korábbi erőfeszítések kizárólag a költségcsökkentést, illetve a költségek áthárítását célozták, de a vásárlók szinte semmit nem tettek azért, hogy a szűkösen rendelkezésre álló erőforrásokat ne pazarolják el nem hatékony, rossz minőségű szolgáltatásokra. [10] Ezek az új tények számos egészségügyi szolgáltatásvásárlót arra ösztönöztek, hogy innovatív megoldásokat keressenek az értékalapú vásárlásban. Ezt a törekvést az is támogatta, hogy ezzel egy időben a minőségmérési és monitorozási módszerek jelentős fejlődésen mentek keresztül, kifinomultabbakká váltak [11], és így lehetővé vált standardizált, vásárlási célokat is szolgáló mérési eszközök kidolgozása.

A magánszektor után az állami vásárlók is aktivizálódtak az USA-ban az 1997-es ún. Balanced Budget Act nyomán. A törvény a managed care-re történő átmenetet szabályozta, és a költségek visszafogásán túl elvárásként fogalmazta meg a minőség-alapú vásárlást is, amely magában foglalta az egészségügyi szolgáltatásokhoz való jobb hozzáférést és az egészségügyi ellátás hatékonyabb koordinációját is. A törvény szándéka ellenére sokan fogalmazták meg kétségüket, hogy az erősödő üzleti érdek, amely inkább egyes szolgáltatások visszatartására, a betegek kontraszelekciójára ösztönöz, mennyiben enged teret a minőségi szempontok érvényesítésének. [12]

Az értékalapú vásárlás mögötti fő megfontolás a költségek kontrollja és a nem megfelelő egészségügyi ellátások csökkentése, amely magában foglalja az alul-, túl-, és félrekezeléseket, pazarlásokat. Mivel nincs rá garancia, hogy a nyújtott szolgáltatás időben történik, biztonságos és hatékony lesz, a vásárlónak is aktívabb szerepet kell vállalnia ezek biztosításában [8]. Sok vásárló azért kezdett el foglalkozni minőségi kérdésekkel, mert úgy vélekednek – különösen, hogy már vannak evidenciák a rossz minőség által generált magas költségekről – hogy a jobb minőség hosszú távú költségkontrollt eredményez [8].

Erősebben megfogalmazva minőség és költség összefüggését: „Az orvosi hibák és a nem megfelelő biztonság veszélyeztetik a fenntartható finanszírozást” [6]. Mint arról már volt szó, a fenntartható finanszírozás és az egészségügyi ellátás minősége azonos alapelven nyugszik, de perspektívájuk különböző. A finanszírozás kérdése azzal kapcsolatos, hogy mi megengedhető anyagilag, és tekintve az egészségügyi szolgáltatásokhoz szükséges infrastruktúrát, mi az, ami hatékony. Ehhez képest a minőség kérdése azzal foglalkozik, hogy milyen folyamatok révén érhető el jobb outcome [6].

Az értékalapú vásárlás iránti igény részben abból fakad, hogy az egészségügyi piaci mechanizmusok és az egészségügyi rendszerek finanszírozási megoldásai gyakran nem „büntetik” vagy „jutalmazzák” a minőségi változásokat. Egyfelől, az információs aszimmetria következtében az egészségügyi piac nem segíti elő kellőképpen az informált fogyasztói és vásárlói döntéshozatalt, és így a jobb minőséget nyújtó szolgáltatót a piac nem jutalmazza magasabb volumennel vagy árral. Másfelől, a különféle finanszírozási technikák (fee-for-service, fejkvóta stb) maguk is a szolgáltatások túl- illetve alulhasználatát eredményezhetik, általában nem támogatják az egészségügyi ellátók együttműködését, és ritkán szolgálják a jobb klinikai ellátás és beteg outcome céljait. A finanszírozási rendszerek általában nem ösztönöznek minőség-fejlesztésre: a minőség javítását nem ismerik el pótlólagos erőforrások juttatásával, a magasabb minőségből származó potenciális megtakarításokat nem osztják meg azokkal a szereplőkkel, akik valamilyen minőségfejlesztő tevékenységbe beruháztak [6, 13]. Így az értékalapú megközelítés egy másik indoka lehet, hogy új technikák segítségével kiigazítsák a szolgáltató – finanszírozási rendszerek kedvezőtlen hatásait [8].

Közvetlenül a költség és minőségi megfontolásokon túlmenően a vásárlóknak további szempontjaik is lehetnek: az ellátandó munkavállalók/lakosság/biztosítottak egészségi állapota iránt érzett felelősség; a jó teljesítőképességű munkaerő megtartása; a biztosítottak, munkavállalók elégedettsége; a munkából való kiesés csökkentése, a rokkantsági idő/állapot csökkentése, és ezeken keresztül költségmegtakarítás és a produktivitás növekedéséből fakadó egyéb hasznok. További szempont lehet az is, hogy megtalálják és kiemelik, elismerik a legjobban teljesítő egészségügyi szolgáltatókat [8, 14, 15].

AZ ÉRTÉKALAPÚ VÁSÁRLÁS KONCEPCIÓJA ÉS DEFINÍCIÓJA

A nemzetközi irodalomban az értékalapú vásárlás (value-based purchasing, VBP) egyik leggyakrabban hivatkozott definíciója Meyer-től származik [8]: „Az egészségügyi ellátások értékalapú vásárlásának fogalma azt jelenti, hogy az egészségügyi szolgáltatók mind az általuk nyújtott ellátás költségeiről, mind azok minőségéről elszámoltathatók a vásárló felé. Az értékalapú vásárlás együttesen használja fel és ötvözi az ellátás minőségére és az ellátás költségeire vonatkozó információkat, előbbibe beleértve a beteg outcome-t és az egészségi állapotot. Az egészségügyi ellátórendszer használatának menedzselésére fókuszál annak érdekében, hogy kevesebb legyen a nem megfelelő ellátás és tartalmazza a legjobban teljesítő szolgáltatókat.”

Az értékalapú vásárlás egy másik definíciója szerint tág értelemben a VBP „minden olyan vásárlói gyakorlatot magában foglal, amely az egészségügyi szolgáltatások értékének növelésére irányul, ahol az érték a minőség és a költségek függvénye.” [16]

ÉRTÉK = MINŐSÉG/KÖLTSÉG

„Az érték-vásárlás... a magán vagy az állami szektor vásárlóinak szervezett törekvése arra, hogy biztosítsák a minőséget és javítsák az egészségi outcome-t, amely, csak úgy mint az ártárgyalás, az egészségügyi vásárlói stratégiák explicit része” [17].

A VBP központi eleme tehát a szolgáltatók elszámoltathatósága az egészségügyi szolgáltatások minőségéért és költségeiért, amelyből azok értéke származik. A vásárlók pedig explicit módon alkalmazzák a költség és minőségi információkat a vásárlási stratégiájukban.

A fenti definícióknak, bár hasznos keretként szolgálnak, számos gyengeségük van. Annak ellenére, hogy jelentős előrehaladás történt azon stratégiák kifejlesztésében és alkalmazásában, amelyek a minőséget megjelenítik a vásárlói döntéshozatalban, „...az egészségügyi értéknek még mindig nincs standard elméleti vagy gyakorlati megfogalmazása” [17]. Ez a hiányosság főleg abból ered, hogy nincs konszenzus a minőség definiálásáról az értékfüggvényben. Habár a költségeket viszonylag egyszerűbb definiálni és mérni, elméletileg az sem világos, mik az értékalapú vásárlással szemben támasztott elvárások: abszolút értelemben csökkenteni a költségeket, vagy megfelelő érveket szolgáltatni a vásárlók számára, hogy azok hajlandóbbak legyenek elfogadni a költségszintek növekedését [17]. A keveredő elvárásokat tekintve az sem egyértelmű, hogy ezek a stratégiák hogyan illeszkednek más, az árak csökkentésére irányuló törekvések közé, amelyeknek eddig nem sok köze volt a jobb minőség eléréséhez, biztosításához [8].

A különböző szereplők (fogyasztók és vásárlók, magán és állami szektor stb.) eltérő módon közelíthetik meg az érték fogalmát: „a legmagasabb minőség kompetitív áron”; „a

megfelelő beavatkozás a megfelelő betegnek a megfelelő időben”; a fogyasztó vásárlói döntése saját értékrendszerének megfelelően, a lehető legtöbb információval támogatva stb. [17]. Már ez a néhány kiragadott példa is tükrözi, hogy az egyes felfogások között jelentős eltérések lehetnek attól függően, hogy a vásárló milyen mértékben paternalista, milyen szerepet és feladatokat hajlandó felvállalni.

AZ ÉRTÉKALAPÚ VÁSÁRLÁS FŐ ESZKÖZEI ÉS STRATÉGIÁI

Az érték alapú vásárlás indokainál leírt problémákat felismerve egyes vásárlók elkezdtek olyan technikákat kidolgozni, amelyekkel a szolgáltatók érdekeltté tehető a magasabb minőségű szolgáltatások nyújtásában [18]. Ezeknek az eszközöknek az alkalmazása a vásárlói oldalon is követelményeket állít. Ahhoz, hogy a vásárló alkalmassá váljon a minőség, mint kritérium beépítésére a vásárlási folyamatba, az alábbi lépések szükségesek [8, 19]:

- az egészségügyi adatok elemzése a magas prioritású problémák azonosítása érdekében;
- a szolgáltatók teljesítmény (performance) mérése – költség és minőségügyi adatok gyűjtése és elemzése;
- folyamatos minőség menedzsment;
- oktatás, hogy a betegek, biztosítottak tudatosabb fogyasztókká válhassanak;
- a jól/rosszul teljesítő szolgáltatók „jutalmazása és büntetése”.

Utóbbi magában foglalja a szerződéses rendszer olyan kialakítását, amely tartalmaz minőséggel kapcsolatos elvárásokat, és esetlegesen minőségi kritériumok alapján szelektál is a szolgáltatók közül, illetve azokat a pozitív vagy negatív ösztönzőket is, amelyek közvetve vagy közvetlenül a szolgáltatók viselkedését befolyásolják. A fenti elemek mindegyike elengedhetetlen feltétele az érték alapú vásárlás megvalósulásának, mi azonban a továbbiakban az ötödik lépcsővel és annak eszközeivel, a szelektív szerződésekkel és a különféle ösztönző technikákkal foglalkozunk. Ennek oka, hogy a korábbi lépcsők alapvetően megelőző tevékenységek, amelyek a szerződéses rendszerek és ösztönzők alkalmazását támogatják, az érték alapú vásárlás szempontjából azonban a legérdekesebb és a legjellemzőbb talán azon tevékenységek áttekintése, amelyek kimondottan a szolgáltatói viselkedésre irányulnak.

SZELEKTÍV SZERZŐDÉSEK

Szelektív szerződésről akkor beszélnek, ha a vásárló meghatározott minőségi kritériumok teljesülése mellett hajlandó szerződést kötni az egészségügyi szolgáltatóval. Nagyon tágra értelmezve a szolgáltatók hatósági engedélyezése, mint szerződéses feltétel, is ebbe a fogalomkörbe tartozik. A vásárló azonban, mint ahogy azt számos külföldi példa is mutatja, a strukturális feltételeken túlmenően, az ellátás minőségével köz-

vetlenebb kapcsolatban álló, azt jobban tükröző kritériumokat is előírhat. Végső soron a vásárló is az outcome javulásában megmutatkozó minőségjavulásban érdekelt, de a mérési nehézségek miatt leggyakrabban folyamatindikátorokat alkalmaznak. A szelektív szerződés elvileg nagyon nyilvánvaló megoldásnak tűnik: csak azoktól a szolgáltatóktól szabad vásárolni, akik megfelelő minőséget nyújtanak. A gyakorlatban azonban alkalmazását számos tényező korlátozhatja. Ezek közül talán a legfontosabb, hogy a szelektív szerződés koncepciója az ellátandó egészségügyi igényhez képest kapacitásfelesleget feltételez, amely sok esetben nem áll fenn, és általában nem is kívánatos. A szelektív szerződés egyes alaptípusait az 1. táblázat foglalja össze.

Szelektív szerződés típusa	Módszer	Alkalmazás (példa)
Szerződéses követelmény	Követelmények meghatározása, mint a szerződéskötés feltétele	Guideline-ok, protokollok alkalmazása adott/minimális számú területen
„Küszöbérték” kritérium	Küszöbérték alatti teljesítés szerződésbontást, tevékenység finanszírozásának felfüggesztését eredményezi	Minimum érték elérése meghatározott indikátorokon
„Kiválóság centrum”	Kis számú, bizonyítottan magas minőséget nyújtó szolgáltató kiválasztása	(költség)hatékonyságon alapuló szelekció, általában az adott tevékenység szempontjából nagy volumenű szolgáltatók esetében

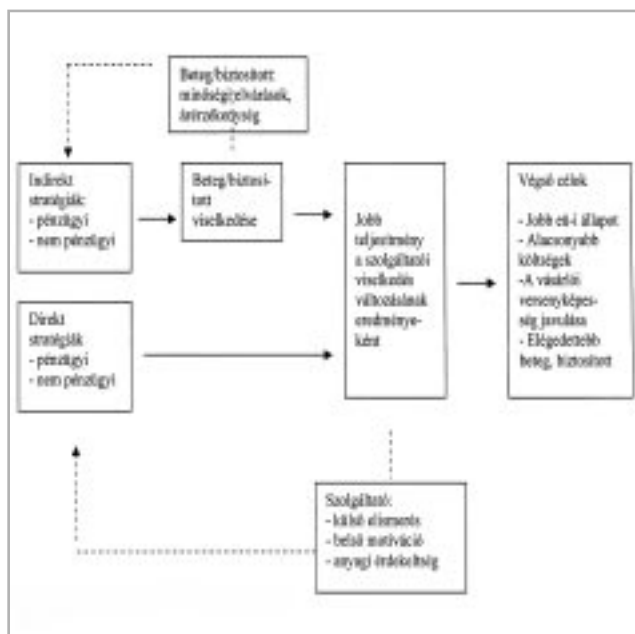
1. táblázat
A szelektív szerződés típusai [19]

ÖSZTÖNZŐ STRATÉGIÁK

Magából a definícióból eredően, az érték alapú vásárlás célja, hogy a minőség javításán keresztül a vásárló értéket kapjon a pénzéért (value-for money). A magasabb teljesítmény érdekében végső soron az egészségügyi szolgáltató viselkedésére kell hatni. Egyes ösztönző stratégiák közvetlenül az egészségügyi szolgáltatók viselkedésének megváltoztatását célozzák, míg az indirekt stratégiák a fogyasztói (munkavállalók, biztosítottak, betegek) viselkedés, választás megváltoztatásán keresztül próbálnak hatni a szolgáltatóra. (Lásd 1. ábra)

A direkt ösztönzési mechanizmusok azt feltételezik, hogy a szolgáltatókat a külső – a szakma és a betegek általi – ismertség és elismertség, anyagi érdekek, és a jó teljesítés iránti belső igény motiválják. A közvetett mechanizmusok azt feltételezik, hogy a betegek, illetve a biztosítottak magas minőségű szolgáltatásokat igényelnek, hajlandók felhasználni a tudomásukra hozott minőségügyi információkat és képesek is azok helyes értelmezésére. További feltételezés, hogy mint érzékeny fogyasztók, reagálni fognak olyan pénzügyi ösztönzőkre, amelyek a jobb minőségben dolgozó szolgáltatók igénybevétele felé terelik őket.

Az 1. ábra felsorolja azokat a legfontosabb tényezőket, amelyeket a nemzetközi szakirodalom az érték alapú vásárlás végcéljainak tekint. Természetesen ezek relevanciáját alapvetően meghatározzák az adott vásárló jellemzői: hogy a vásárló kompetitív piacon működik-e, mekkora a piaci



1. ábra
Az értékalapú vásárlás stratégiái [16, módosítva]

ereje, hogyan definiálja önmaga számára az érték fogalmát stb. Az „értéket a pénzért”, mint cél jelentheti a költségek csökkentését, a minőség javítását, esetleg egy kedvezőbb minőség-költség arány elérését, de minden esetben a hatékonyabb forrásallokációt kell szolgálnia. A fenti négy alapvető ösztönző stratégia keretében könnyen elhelyezhetők, csoportosíthatók az értékalapú vásárlásban alkalmazott ösztönző modellek (lásd 2. táblázat).

A fent ismertetett modellek közül választásnak, amely számos tényezőtől függ, alapvetően két megközelítése létezik. Az egyik filozófia a minőséget az egészségügyi szolgáltatások megkövetelt jellemzőjének tekinti, és a nem megfelelő minőséget nyújtó szolgáltatókat bünteti. A másik megközelítés szerint a minőség olyan plusz, amelyet a vásárlónak meg kell fizetnie. Ez a felfogás a jutalmazó jellegű modelleket alkalmazza.

ORSZÁGPÉLDÁK AZ ÉRTÉKALAPÚ VÁSÁRLÁSRA

Az alábbiakban az Egyesült Államok és az Egyesült Királyság példáját ismertetjük. A két ország választását az indokolja, hogy az értékalapú vásárlás gondolata alapvetően az USA-ból indult, és eszközrendszere is jórészt itt fejlődött ki, azt itt alkalmazzák szélesebb körben, illetve, hogy az NHS-ben – az alapellátás területén – 2004. elején elindították az eddigi legnagyobb minőségösztönző programot.

„Paying for Quality”, USA

Az Egyesült Államokban a magán és az állami szektorban egyre több munkáltató kínál választási lehetőséget az alkalmazottak számára különféle egészségtervek között.

Ösztönző modell típusa	Ösztönzési mechanizmus	Alkalmazás (példa)
A) Direkt (szolgáltató) ösztönző		
Pénzügyi		
• Minőségi bónusz és büntetés	Addicionális kifizetés illetve kifizetés visszatartása	Bónusz/kockázati alap előre rögzített célkitűzések teljesítése/nem teljesítése mellett
• Teljesítmény-alapú tarifa rendszer	Ösztönző beépítése a szolgáltatási egység árába	Differenciált tarifa rendszer a szolgáltató teljesítményétől függően
• Minőség szubvenció	Minőségügyi tevékenységbe történő befektetés támogatása	Célzott minőségfejlesztési projektek, technológiák támogatása
• Ellátás tervezés finanszírozása	Addicionális kifizetés	Ellátás tervezési feladatok erőforrásigényének térítése (pl. krónikus állapotok gondozása)
• Megtakarítások részleges átadása	A minőségfejlesztő tevékenységbe történt befektetés, esetleges bevétel kiesés kompenzálása	A hibák/túlhasznált szolgáltatások csökkentéséből eredő megtakarítások megosztása a szolgáltatóval
Nem pénzügyi		
• „Performance profiling”	A hasonló szolgáltatók összehasonlítása és rangsorolása önértékelési céllal	Visszajelzés kizárólag a szolgáltatók számára
• Rugalmas felügyelet	A kevésbé megterhelő szabályozási követelmények költségsökkenést eredményezhetnek a szolgáltatónál	Szolgáltatói működési autonómia növelése
• Minőségfejlesztés technikai segítése	Az alacsony teljesítés lehetséges okainak azonosítása, feltárása	A legjobb klinikai gyakorlat és adminisztratív megoldások megismertetése
B) Indirekt (beteg/biztosított) ösztönző		
Pénzügyi		
költségek differenciálása	A fogyasztói terhek összekapcsolása a szolgáltatók teljesítményével oly módon, hogy az a jobban teljesítő szolgáltatók választására ösztönözzön, azoknál nagyobb volument eredményezve	Járulék rendszer politika; co-payment politika
Nem pénzügyi		
információk publikussá tétele	A szolgáltató pozitív/negatív megítélése nagyobb volumennel jutalmazhatja a jobban teljesítő szolgáltatót	Minőségdíjak, sajtóközlemények, web oldalak

2. táblázat
Az értékalapú vásárlás ösztönző modelljei [13, 18, 19, 20, 21]

1998-ban a Medicare tagok (beneficiaries) több mint 60%-a választhatott 2-3 Medicare Managed Care plan között. A managed competition elméletének egyik feltételezése, hogy a minőség mérhető, és a fogyasztók – ceteris paribus – a magasabb minőséget nyújtó szolgáltatókat, egészségügyi terveket fogják választani. Ennek megfelelően, a választást segítve, a fogyasztók egyre több információhoz juthatnak hozzá. A munkáltatók jó része gyűjt vagy vásárol adatokat az egészségtervek teljesítményére vonatkozóan. A Szövetségi kormány szintén méri a Medicare Managed Care tervek minőségét [22]. Számos más országos és helyi tevékenység is található ezen a téren. (Lásd például: National Committee on Quality Assurance (www.ncqa.org), Quality Compass). A legelterjedtebben alkalmazott eszközök tehát a „provider profiling” és a minőséggel kapcsolatos információk nyilvános terjesztése. A tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy a fogyasztók nem igazán használják az elérhető információkat döntéseik során, és hogy önmagában a fogyasztói választás még indirekt pénzügyi ösztönzők alkal-

mazása esetében sem elegendő a szolgáltatók motiválására, különösen akkor, ha egyéb piaci jellemzők is gátolják a választást (pl. kapacitáskorlát). [23] Rosenthal 2004-ben publikált tanulmánya 37 programot azonosított, amelyek valamilyen pénzügyi eszközzel ösztönzik a szolgáltatók minőségét. A programok többsége klinikai folyamat és struktúra mutatókra fókuszál. Beteg-tapasztalat mutatókat szintén gyakran alkalmaznak, főleg egyedi orvosok teljesítményének megítélésében, de azok a pénzügyi ösztönzők számításakor kisebb súllyal szerepelnek, mint a klinikai folyamat mutatók. Klinikai outcome mutatók (pl. kórházi halálozás, komplikációk) ritkán képezik pénzügyi ösztönző alapját, és elsősorban kórházak esetében alkalmazzák. A programokban az egyik leggyakrabban használt mérőeszköz a Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS), vagy annak valamely alrendszere.

A legelterjedtebben alkalmazott pénzügyi ösztönző az orvosok vagy kórházak számára kialakított bónusz rendszer, de vannak példák egyszeri szubvenció, díj fizetésére is. A programok több mint fele kompetitív bónusz modellt használ, amely a szolgáltatók egymáshoz viszonyított teljesítménye (performance) alapján jutalmaz. A bónuszrendszer általában többszintű: az elért teljesítménytől függően különböző mértékű bónusz kerül kifizetésre. A nem-versenyző modellek többsége szintén bónuszt alkalmaz, azonban annak kifizetését rögzített célok, vagy bizonyos rendszerek (pl. kórházi komputerizált gyógyszerrendelési rendszer) bevezetéséhez kötik. (Lásd például: The Leapfrog Group: Leaps in Hospital Quality and Safety http://www.leapfroggroup.org/about_us/leapfrog-factsheet) A bónusz mértéke nagy változatosságot mutat, kb. az adott programból származó orvosi bevétel 1-10%-át, a kórházi bevétel 1-5%-át teszi ki. Mivel a programok többsége 5%, vagy annál kisebb mértékű szolgáltatói bevételt tesz minőségtől függővé, és egyszerre legalább tíz klinikai területet céloz meg, kérdéses, hogy az ösztönzők nagysága elegendő-e a kívánt cél eléréséhez. A programok általában a jó teljesítményt és nem a teljesítmény javulását jutalmazzák. Ez a felfogás inkább a már korábban magas minőséget elért szolgáltatókat hozza előnyös helyzetbe, és kevésbé ösztönzi a gyengébben teljesítő szolgáltatók felzárkózását.

Minőségösztönzés az alapellátásban, Egyesült Királyság

Habár az Institute of Medicine tanulmánya óta egyre erőteljesebb a meggyőződés, hogy a jól megtervezett ösztönzők központi szerepet játszhatnak a minőség javításában, eddig keveset tudunk az explicit minőségi ösztönzők alkalmazásáról. A korábbi kutatások is inkább arra fókuszáltak, hogy a különféle finanszírozástechnikák (fejkvóta, fee-for-services stb.) milyen kapcsolatban vannak a minőséggel, arra hogyan hatnak. Az egyik legnagyobb „kísérlet” jelenleg az Egyesült Királyságban zajlik [24]. Az országos háziorvosi szerződések (national contracts for general practitioners, GP) 2004. áprilisától bevezetett új formája explicit

minőségi ösztönzőket tartalmaz. A szerződések egyéb téren is módosultak (pl. igazságosabb fejkvóta rendszer), de központi elem, hogy a jövőben a háziorvosi bevételek mintegy 18%-át évente, minőségi kritériumok alapján osztják szét. Az Egyesült Királyságban az egészségügyi ellátás más területén is vezettek már be ösztönzőt. Az ún. „star rating” rendszer 40 indikátor alapján 0-3 *-gal értékeli az összes NHS szervezetet. Azonban az utóbbi programban a klinikai minőség relatíve kisebb szerepet játszik, és az intézményi bevételeket közel sem teszi kockára olyan mértékben, mint az új GP szerződések [24].

Az új szerződésforma kifejlesztésébe bevonták a háziorvosokat is, és arra törekedtek, hogy az indikátorok kiválasztása megfelelően a bizonyítékokon alapuló orvoslás elveinek, és összhangban legyen az országos klinikai guideline-okkal. A kidolgozott szerződéses rendszerrel egy felmérés adatai szerint (70%-os válaszadási arány mellett) az orvosok 79,4%-a egyetértett [24]. Az ösztönző rendszerben hétféle kifizetés típus létezik, ezek egy részében a kifizetés ún. „minőségpontok” alapján történik. Egy praxis számára a maximálisan elérhető „minőségpontok” száma 1050, amelynek kb. a fele klinikai minőséghez kapcsolódik (lásd 3. táblázat). A program összesen 146 minőségi indikátort alkalmaz, és számos klinikai területen ez lesz az első példa szisztematikus adatgyűjtésre a teljes NHS-ben. A klinikai indikátorok 10 ellátási területet fednek le, ezek közül a leghangsúlyosabbak a szív koszorúér (coronary heart) betegség (121 pont), a hipertónia (105 pont) és a diabétesz (99 pont).

A modell, szándéka szerint, a költség-hatékonyan működő praxisokat jutalmazza. A „balanced scorecard” struktúra az alapellátási tevékenységek relatív jelentőségét tükrözi: kifejezi, hogy az egyes tevékenységek mekkora hatással vannak az egészségi állapotra, azonban bizonyos fokú szabadságot is hagy az orvosoknak, hogy saját prioritásaik mentén dolgozhassanak. A program további pozitívumának tartják, hogy a korábbi kezdeményezésektől eltérően, ez az ösztönzőrendszer már érzékelhetően befolyásolja a háziorvosok bevételét. A program egyik legfőbb gyengesége, hogy bonyolultsága miatt az orvosok nem feltétlenül értik meg minden aspektusát, és így nem biztos, hogy a várt módon reagálnak. Továbbá, azok a fontos területek, amelyeket esetleg a program nem fed le, a későbbiekben leértékelődhetnek. Ennek egyik példája a mentális egészség, amely fontossága ellenére is relatíve kisebb súllyal szerepel (41 pont), mivel nem sikerült elegendő indikátort találni, amelyhez finanszírozási ösztönzőket lehetett volna kötni. Az indikátorrendszer belső összefüggéseinek vizsgálata, a betegek állapotára és más, „nem jutalmazott” minőségi területekre gyakorolt hatása a programértékelés feladata lesz. Bár a rendszer megpróbálja figyelembe venni, hogy a hátrányos helyzetű területeken (pl. valamely betegség magasabb prevalenciája) nehezebb jó mutatókat elérni, egyelőre az is kérdéses, hogy a program mennyiben ösztönzi majd a burkolt betegszelekciót [24].

Kifizetés típus	Modell típus	Kifizetés módja	
I. Felkészülés a minőségi keretprogramra	1.3. Minőség szubvenció	Fejkvóta kiegészítés a bejelentkezett betegek száma szerint; egyösszegű kifizetés 2 éven át, minden praxis számára	
II. Felkészülés minőségi információ szolgáltatására	1.3. Minőség szubvenció	Céltámogatás 2 éven át az orvosi rekordok megfelelő vezetése érdekében, egyösszegű kifizetés	
III. Minőségi célkitűzés	1.1. Minőségi bónusz és büntetés*	A praxis előzetesen felvállalt minőségjavulási (minőségpont szerzés) célkitűzése szerint, havonta, kifizetés/visszavonás	
IV – VII. Kifizetések	1.1 Minőségi bónusz*	Ténylegesen elért minőségpontok** alapján, az év végén mért indikátorokon való teljesítés szerint, egyösszegű kifizetés	
IV. Minőségi eredmény			
		IV/a. Klinikai terület	550
		IV/b. Praxis szervezés	184
		IV/c. Adicionális ellátások (pl. gyermekegészség felmérés)	36
		IV/d. Betegtapasztalatok (beteg felmérés és konzultáció hossza)	100
V. Holisztikus kifizetés***			100
VI. Minőségi praxis***			30
VII. Hozzáférsési bónusz****			50
Összesen elérhető pont			1 050

3. táblázat
Kifizetés típusok és minőségpontok az alapellátási ösztönző rendszerben (UK) [25, 26]

- * A praxis előzetesen megállapítja, hogy melyik területen hány minőségpont megszerzését tűzi ki célul. A vállalt pontok egyharmadának értékét havi bontásban előre megkapja. Amennyiben az év végén mért teljesítménye (ténylegesen elért pontösszeg) meghaladja a vállaltat, akkor korlátozás nélkül megkapja a vállalt rész feletti pontokért járó összeget is. Ha a tényleges teljesítés nem éri el a vállalt pontok egyharmadát, akkor a következő évi „Minőségi célkitűzés” kifizetésből levonják a túlfizetést.
- ** 2004/05-ben az átlagos pontérték 75 £, 2005/06-ban 120 £.
- *** A „Holistikus” és a „Minőségi praxis” kifizetések arra próbálják ösztönözni a szolgáltatókat, hogy minél szélesebb körben, minél több területen érjenek el minőségjavulást. A „Holistikus” kifizetés a klinikai terület fedt le, míg az utóbbi a további három területen (IV/b – IV/d.) elért átfogó minőségjavulást jutalmazza.
- **** Hozzáférsési bónuszra az a praxis jogosult, amely az ellátáshoz való hozzáférést a minőség fenntartása mellett képes javítani.

ÖSSZEZÉS ÉS NÉHÁNY MEGFONTOLANDÓ KÉRDÉS AZ ÉRTÉKALAPÚ VÁSÁRLÁS ALKALMAZÁSÁRÓL

Az egészségügyi szolgáltatások értékalapú vásárlásának gondolata és eszközrendszere alapvetően az Egyesült Államokból származik, és a terület úttörői a magánszféra szereplői voltak. Az egészségügyi szolgáltatások elégtelen minőségével kapcsolatos problémák azonban, amelyre a fenti szereplők reagáltak, általánosak: kisebb-nagyobb mértékben jelen vannak mindenütt, függetlenül országtól, ellátó- és finanszírozási rendszertől, az adott egészségügyi piac jellemzőitől stb. Az USA és az Egyesült Királyság példája jól jellemzi azt a folyamatot, ahogy az állami vásárlók is fokozatosan elkezdik átvenni ezt az eszközrendszert. A probléma általánossága következtében pedig feltételezhetjük, hogy számos országban keresnek és alkalmaznak hasonló megoldásokat, még ha az nem is rendszerszerű, és explicite nem nevezik értékalapú vásárlásnak ezt a tevékenységet.

A fent bemutatott eszközökkel kapcsolatban jogosan merül fel a kérdés, hogy rendelkezünk-e elegendő ismerettel arról, hogy ezek az eszközök valóban segítenek elérni a kívánt célt, és mit kell szem előtt tartania annak a vásárlónak, amely ezekkel az eszközökkel élni kíván. A nemzetközi irodalom sajnos számos területen még nem szolgál evidenciákkal. Az irodalom jó része leíró jellegű, és a vásárlók eddigi tapasztalatait, vélekedését, elvárásait tükrözi. Mivel az eddigi programok nem kellően kiértékeltek, számos kérdés megválaszolatlan még [5, 15, 16]. Tisztázásra vár, hogy hogyan definiálható a hatékony stratégia fogalma, illetve hogy a stratégiák milyen körülmények és piaci jellemzők mellett alkalmazhatóak a leghatékonyabban. Az is kérdéses még, hogy mennyi idő kell látható eredmények eléréséhez,

és mi az az elegendő, de szükséges infrastruktúra, amely az értékalapú vásárlás bevezetéséhez és folyamatos alkalmazásához szükséges. Ezidáig még csak tapasztalatok vannak arról, hogy melyek a támogató és akadályozó tényezők az értékalapú vásárlásnak, és utóbbiakat hogyan lehet áthidalni. További kutatások tárgya, hogy mi a végső hatása a VBP-nek a vásárlóra, a fogyasztóra és a szolgáltatókra, azaz milyen egészségügyi outcome-ot, magatartásváltozást várhatunk, mekkora a VBP költségvonzata, és hogy mekkora az az ösztönző, amely már kiváltja a szolgáltatók reakcióját, azonban nem nagyobb a forrásigénye, mint amennyi feltétlenül szükséges.

Ha „kemény” evidenciák még nincsenek is, az eddigi tapasztalatok alapján már tehető néhány megállapítás. Az értékalapú vásárlás sikeres bevezetése és alkalmazása érdekében a vásárlónak számos kritériumnak eleget kell tennie [15, 21]:

- erős vezetői elkötelezettség;
- intézményi kultúra, amely prioritásként kezeli a minőséget a teljes szervezetben;
- tapasztalatok megosztása, a tanulási idő biztosítása az érintett felek számára;
- többéves pénzügyi elkötelezettség az ösztönzők működtetéséhez;
- humán erőforrás befektetés;
- hozzáférés megbízható és hiteles adatokhoz;
- pontos és megbízható teljesítménymérési eszközök biztosítása;
- érdekelt felek bevonása a VBP tevékenységekbe;
- hosszútávú, kollaboratív és konzultatív együttműködés a szerződő felekkel;
- nem – büntető visszacsatolási mechanizmusok alkalmazása;

- fogyasztók (betegek, biztosítottak) tájékoztatása, oktatása;
- elegendő vásárlóerő (piaci részesedés) elérése.

Az értékalapú vásárlás szempontjából az sem közömbös, hogy magán vagy állami vásárlóról van-e szó. A nemzetközi irodalom mindig hangsúlyozza az állami vásárlók jelentőségét a minőségre való ösztönzés területén, amely alapvetően nagy méretükből, piaci erejükből származik. Azonban felhívja a figyelmet arra is, hogy ezek a vásárlók merőben más környezetben működnek és mozgásterüket számos politikai, törvényi és bürokratikus tényező korlátozza a magánszférához képest [15, 17]. Az állami szektor vásárlóira jellemző, hogy

- sok különféle szereplő felé tartoznak elszámolással;
- döntéseiket átlátható módon, egyeztetve kell meghozniuk, amely időigényes;
- nehézséget jelent olyan, nagyobb kiadásokkal járó döntések elfogadtatása, amelyeknek hasznai, megtakarításai csak hosszabb távon jelentkeznek;
- korlátozottabb a lehetőségük innovatív, gyakran kockázatosabb döntések meghozatalára;
- az ösztönzők esetleges gyengései felerősödhetnek, mivel nagy a vásárló aktor piaci részesedése;
- korlátozottak az újratárgyalás eszközeiben, miközben a rugalmasság és a gyors reakció alapvető fontosságú;

- sokszor nem kezelhetik eltérően a különböző szolgáltatókat;
- általában nem terelhetik a betegeket szelektíven bizonyos szolgáltatók felé;
- az értékalapú vásárlás fogalmát tipikusan szélesebben értelmezik, más egészségpolitikai célokat és következményeket is mérlegelnek (közegészségügy, hozzáférés, a szolgáltatók működőképességének fenntartása);
- nem szánnak elegendő mennyiségű erőforrást arra, hogy kifejlesszék azokat a szervezeti alapképességeket, amelyek a stratégiák bevezetéséhez, működtetéséhez szükségesek.

A fentiekből adódik, hogy a közbizárlók általában egy minimális minőség biztosítására törekuszenek, nehezen szakadnak el a jogszabályi követelmények alkalmazásától és nehezen mozdulnak el valódi vásárlói tevékenységek felé, amelyek alapja a verseny.

A vázolt nehézségek és bizonytalanságok ellenére a vásárlási döntéshozatal értékalapú megközelítése egyre inkább terjedőben van. Az egészségpolitika és a vásárlók együttes feladata, hogy mérlegelve az egészségügyi rendszer alapelveit, a szereplők feladat és hatáskörét, a kulturális aspektusokat, a rendelkezésre álló erőforrásokat és az esetleges politikai következményeket, meghatározzák az adott egészségügyi rendszerben releváns és megvalósítható stratégiákat.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Berwick, D. M., DeParle, N., Eddy, D. M.: Paying for Performance: Medicare should lead. Health Affairs. 2003, Vol 22, No. 6. 8-10.
- [2] Gulácsi L.: Minőségfejlesztés az egészségügyben, Medicina, Budapest, 2001.
- [3] Boncz I., Horváth B., (szerk.): Az egészségügyi menedzsment és gazdaságtan alapvonalai főiskolai jegyzet. 2001, PTE EFK, Pécs.
- [4] Belicza É., Takács E., Boncz I.: Development of an indicator system for evaluating the quality of health care services. [Indikátorrendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatások értékelésére] Orvosi Hetilap, 2004, 145(30): 1567-1572
- [5] Maio, V., Goldfarb, N. I., Carter, Ch., Nash, D. B.: Value-based purchasing: A review of the literature. The Commonwealth Fund. 2003
www.cmf.org/programs/quality/maio_valuebased_636.pdf, letöltve 2004 március.
- [6] McLoughlin, V., Leatherman, S.: Quality or financing: what drives design of the health care system? Qual Saf Health Care 2003, 12: 136-142.
- [7] Carde, C. Lee, Deborah, L. Rogal, Kerry, B. Kemp: Purchasing Pathfinders: On their way, but still Wrestling with the realities of containing costs and promoting quality. Executive Summary. Alpha Center. 1999.
- [8] Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR): The Theory and Reality of Value Based Purchasing: Lessons from the pioneers. AHCPR 98-0004. <http://www.ahrq.gov/qual/meyerrpt.htm>
- [9] Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New health system for the Twenty-first Century (Washington: The National Academies Press, 2001)
- [10] Schoenbaum, S. C., Audet, A. J., Davis, K.: Obtaining greater value from health care: The roles of the U.S. Government. Health Affairs. 2003, Vol. 22, No. 6. 183-190.
- [11] Epstein, A. M., Lee, T. H., Hamel, M. B.: Paying physicians for high-quality care. N Eng J Med 2004, 350; 4 Jan 22, 406-410.
- [12] Ladenheim, K., Lewis, E., Smith Ritter, C.: State purchasing for health care quality. Quality and Accountability system in four states. 2000, National Conference of State Legislators. <http://www.ncsl.org/programs/health/forum/quality/Quality.htm#downtop>, letöltve: 2004. március
- [13] MEDPAC: Using incentives to improve the quality of care in Medicare. In.: Report to the Congress: Variation and Innovation in Medicare. Chapter 7. 2003.

- [14] Fraser, I., McNamara, P., Lehman, G. O. et al.: The pursuit of quality by business coalitions: A national survey. *Health Affairs*. 1999. Vol 18, No. 6. 158-165.
- [15] Goldfarb, N. I., Maio, V., Carter, C. T. et al. : How does quality enter into health care purchasing decisions? *The Commonwealth Fund. Issue Brief #635* May 2003.
- [16] Scanlon, D. P., Chernew, M., Doty, H. E.: Evaluating the impact of value-based purchasing: A guide for purchasers. *AHRQ Publication No. 02-0029*. May 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/about/codes/valuebased/>
- [17] Milbank Memorial Fund: Value purchasers in Health care (seven case studies). 2001. <http://www.milbank.org/index.html>, letöltve 2004. március
- [18] Bailit, M., Kokenyesi, C., Bailit Health Purchasing, LLC: Financial Performance Incentives for Quality: The state of the art. Executive brief. National Health Care Purchasing Institute. 2002, <http://www.bailit-health.com/articles/NHCPI-brief1.pdf>
- [19] Midwest Business Group on Health: Reducing the costs of poor – quality health care through responsible purchasing leadership. 2002. <http://www.mbg.org/costquality.html>
- [20] Bailit, M.: Rewarding Performance and fostering quality improvement. 2000. State Medicaid/CHIP Purchasing Institute. <http://www.chcs.org/InformedPurchasing/bailitnovember2000.ppt>
- [21] Bailit Health Purchasing, LLC: Ensuring Quality Providers: A purchaser's toolkit for using incentives. National Health Care Purchasing Institute. May, 2002. <http://www.nhcpi.net/rewardingresults/pdf/providerstoolkit.pdf>
- [22] Beaulieu, N. D.: Quality information and consumer health plan choice. *Journal of Health Economics* 2002, 21, No. 1. 43-63.
- [23] Rosenthal, M. B., Fernandopulle, R., Ryu Song, H., Landon, B.: Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Affairs*. 2004. Vol 23, Number 2. 127-141.
- [24] Smith, P.C., York, N.: Quality incentives: The Case of U.K. General Practitioners. *Health Affairs*. 2004. Vol 23, No. 3. 112-118.
- [25] British Medical Association, General Practice Committee: The new GMS contract explained. Focus on ... Quality Payments. <http://www.visualproductions.co.uk/new%20contract/focus%20quality%20payments.htm>, letöltve 2004. október
- [26] Department of Health (3): Investing in general Practice. The New General Medical Services Contract. Annex A: Quality indicators – Summary of points <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/86/59/04078659.pdf>, letöltve: 2004 október

A SZERZŐK BEMUTATÁSA

Brandtmüller Ágnes jelenleg a School of Health and Related Research (Sheffield, UK) ösztöndíjas kutatója. Korábban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár alkalmazásában állt. Diplomáját a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetemen szerezte,



Thomas Custers a Rotterdami Erasmus Egyetemen szerzett diplomát egészségpolitika és menedzsment szakirányon. Jelenleg az Amszterdami Orvostudományi Egyetem PhD hallgatója (Department of Social Medicine). Kutatási területe a minőség- és költségmenedzsment integrációja, illetve az egészségügyi szolgáltatások minőségének javítására irányuló ösztönzők alkalmazása. A fenti témákban több publikációval rendelkezik és számos előadást tartott már.

amelynek PhD hallgatója. Az egyetemen működő Egészségügyi Gazdaságtani és Technológiaelemzési Munkacsoport tagja. A Netherlands Institute for Health Sciences MSc fokozatával rendelkezik (MSc in Health Services Research).



Niek Klazinga MD, PhD, 1999. óta az Amszterdami Egyetem professzora (Social Medicine, Academic Medical Centre). Jelenleg népegészségüggyel és egészségügyi szolgáltatások kutatásával foglalkozik, fő kutatási tevékenysége indikátorok fejlesztésére és alkalmazására, illetve egészségügyi ellátórendszerek minőségbiztosítására fókuszál. 1985. és 1999. között a Dutch Institute for Quality Improvement in Health Care (CBO) alkalmazásában állt, mint tudományos főmunkatárs. 1994-től 1999-ig az Egészségpolitika és Menedzsment Tanszék docense volt a Rotterdami Erasmus Egyetemen.



Dr. Gulácsi László, egyetemi docens a Corvinus Egyetem Közzszolgálati Tanszékén, ahol az Egészségügyi Közgazdaságtani és Technológiaelemzési

Munkacsoport vezetője. A munkacsoport – a magyar egészségügyi technológiaelemzési központ – HunHTA néven tagja az INAHTA (The International Network of Agencies for Health Technology Assessment, INAHTA) hálózatnak.

A közösségi pszichiátria aktuális kérdései a szkizofrénia kezelésében

Konferencia a stigmákról, az együttműködési hajlandóságról és a munka-rehabilitációról

Budapest, 2004. november 26. A Magyar Pszichiátriai Társaság Közösségi Pszichiátriai Szekciója és az Ébredések Alapítvány „A Közösségi Pszichiátria aktuális kérdései” címmel rendezett közös szakmai konferenciát, a Janssen-Cilag gyógyszergyár támogatásával. A találkozó központi kérdése a szkizofrén betegek társadalmi integrációja volt.

A szakorvosok, nővérek és szociális gondozók egyetértettek abban, hogy nemcsak a stigmák feloldása, a munkahely-teremtési problémák megoldása, hanem a betegek terápiás együttműködési hajlandóságának (compliance) javítása is sürgető feladat, ami csakis a különböző szakterületeket átfogó együttműködés révén képzelhető el. Ezt támasztotta alá az a szkizofréniából felépült beteg is, aki saját szemszögéből – szerkesztés alatt lévő könyve kapcsán – számolt be a társadalomba visszavezető út során megélt nehézségekről.

A szkizofréniával együtt élni hatalmas teher, mind a betegségben szenvedőknek, mind környezetüknek. A betegség tünetei mellett az embertársak „irtózásával”, félelmével is meg kell küzdeniük az érintetteknek. Szünet a beteg mellett a család, a közvetlen környezet is, hiszen komoly erőfeszítést igénylő feladat az előítéletekkel – a saját és mások előítéleteivel – dacolva támogatni, a mindennapi életbe visszavezetni a rászorultakat.

Hazánkban mintegy 100 000 ember szenved szkizofréniában, így a betegség által közvetlenül érintett honfitársaink száma, a hozzátartozókkal együtt meghaladja a negyedmilliót. A betegség társadalmi összköltsége éves szinten, a szerényebb becslések szerint is, 100-150 milliárd Ft.

A jelenleg Magyarországon is elérhető gyógyszerek biztosítják ugyan a betegek relatív tünetmentességét, azonban nem garantálják együttműködésüket.

A pszichiátriai zavarok esetében, mint minden hosszú távú gyógyszeres kezelést igénylő betegségben, kulcsfontosságú a betegek együttműködése, gyógyszereszedési hajlandósága. A kezelés elhúzódásával ez általában egyre kevésbé biztosítható. Különösen igaz ez a jellemzően csökkent, vagy hiányzó betegségbelátással járó szkizofréniára.

Elérkeztünk tehát arra a pontra, amikor a gyógyulási folyamat sikerének már nem annyira a tudományos –technikai színvonal, sokkal inkább a társadalom negatív hozzáállása és a betegek alacsony együttműködési hajlandósága szab határokat. A gyógyszeres kezelés folyamatosságának biztosítása nemcsak a terápia sikerének kulcsa, hanem az egészségügyi költségek racionalizálásának is alapja.

A gyógyszeres kezelés mellett ugyanakkor számos egyéb terápiás módszerre is szükség van a szkizofréniában szenvedők társadalmi integrációja során.

Az önkéntes alapon igénybe vehető képzések közül kiemelkedő a munka-rehabilitációs programok jelentősége, hiszen a munkahelykeresés még a megfelelő együttműködés hajlandósággal rendelkező, tünetmentes páciensek számára is komoly nehézséget jelent. A munka-rehabilitációs programok célja, hogy a beteget hozzásegítsék a képességének és érdeklődésének megfelelő munkahely megtalálásához.

Hiába érzi azonban úgy a visszailleszkedésre készen álló beteg, hogy megnyerte a csatát, ha ebben nem talál szövetségeseire. Ha megbélyegzik, mint „őrültet”, ha nem ösztönzik megfelelő eszközökkel a terápia betartására és az együttműködésre, ha nem tudhatja maga mögött a szakemberek, családtagok és hozzátartozók támogatását, ha nem talál munkahelyet, megreked az integrációs folyamat, a beteg elutasítónak válik nemcsak a terápiával, hanem betegségének tényével szemben is.

Együtt kell megoldanunk ezt a problémát és segíteni a szkizofréniát érintetteket. Mindez elsősorban elkötelezettség és összefogás kérdése, hiszen a megfelelő módszertan és innovatív eszközök már rendelkezésre állnak.