PUBLIC EDUCATION

MEDIA ANALYSIS, ARTICLES AND PRESS KIT

AFFORDABLE QUALITY HEALTH CARE IN HUNGARY

PRESS CONFERENCE
(June 3, 1999)

Prepared for

Prepared for Task Order 2:
Develop, Implement, and Manage a Public Education Program
U.S. Agency for International Development
RSC Budapest, IQC No. 185-0014-I-00-7103-00

Prepared by

Wendy Graham
The Urban Institute

Istv<n Kutas
Hill and Knowlton

THE URBAN INSTITUTE
2100 M Street, NW
Washington, DC 20037
(202) 833-7200
www.urban.org

August 1999
UI Project 06744-002

EXECUTIVE SUMMARY

On June 3, 1999 the Urban Institute worked with Hill and Knowlton and United States Department of Health and Human Services (DHHS) as part of the Public Education Program to organize a press conference for the "Affordable Quality Healthcare in Hungary" Conference. The objective of the press kit was to highlight USAID's efforts to find reform measures that ensured both the improvement of the quality of health care delivery as well as cost effectiveness and cost-efficiency. This report consists of an analysis of the reception's media coverage, the articles, and the press kit.

AFFORDABLE QUALITY HEALTH CARE IN HUNGARY
USAID/DHHS CLOSE-OUT EVENT
PRESS CONFERENCE
Budapest, Hotel Marriott, June 3, 1999

BRIEF EVALUATION OF MEDIA COVERAGE GENERATED

With Respect to Impact

The press conference of the conference on Affordable Quality Health Care in Hungary was different from any other AID close-out event in a number of respects:

- Coordination of the conference preparation was split between a program officer in Washington and a conference planner in Budapest, thus organization and communication between organizers was more difficult and the flow of information slow.

- Notice for planning the event was extremely short. Therefore, the process of sending out the invitations and preparing the press kit was abbreviated.

- The decision to use the press kit as the conference kit complicated not only the logistical preparation (instead of developing 30-40, 200 needed to be assembled), but also the message clarity and presentation of the press conference.

- Presence of 3 out of 4 speakers was not confirmed until the day before the press conference, hence it was difficult to attract journalists to the event.

Despite the above-mentioned circumstances, 12 journalists attended the event which led to prime-time radio and TV coverage, as well as two articles in financial dailies, three in regional dailies and one in a prestigious medical newsletter. Napi Gazdaság, Hungary's second-largest daily, published a front-page article on health care-reform, mentioning the conference.

The DHHS/USAID close-out event had the advantage of the 3 most influential decision-makers in the Hungarian health-care sector as press conference speakers. At none of previous AID press conferences could journalists hear the praise of AID's contribution to Hungary's transformation from such high-ranking Hungarian politicians and at such length, presented with such media-trained professionalism and knowledge of the sector. On the other hand, having such guest-speakers made the event more logistically challenging.

As the conference took place on the day before the publication of the decision on the new reimbursement of drugs and in the middle of a rigorous debate on health care reform, the media was more interested in questions of policy instead of AID support to

the Hungarian health care sector. Only one question at the press conference concerned USAID—the amount of money that the organization had spent on its activities in Hungary. As a result, Magyar Nemzet and MTV only reported on what the Hungarian politicians said with respect to health care policy and did not mention the conference or USAID support. Although it would have been difficult, the probability of successfully refocusing the media's attention on the desired topic of conversation would have been better if the press conference was more closely orchestrated and the facilitators had been trained in acknowledging questions that were off the subject, but redirecting their responses to communicate the intended messages i.e., block/redirect mediation techniques.

It proved to be difficult to ensure the three VIP's presence at the event and organizers did not know whether the politicians would attend it until the day of the conference. Furthermore, before the press conference, the organizers received only very vague and neutral quotations by these politicians: later on, it turned out that these people were extremely knowledgeable about AID's program and excellent spokesmen who summarized USAID's goals and praised the results highly. Had it been possible to know whether they would attend the event and what they would say, it would have been much easier to prepare a more attractive press kit and better media attendance.

With Respect to Messages

At other AID events, the purpose of the press kit was to promote certain issues and summarize the U.S. Government's recommendations. For instance, in the case of the Municipal Financial Management Conference, both the press release and Peter Tufo's speech clearly promoted the introduction of value-based residential property tax in Hungary. Unlike other AID events, instead of the promotion of certain issues, the press kit of the conference on Affordable Quality Health Care in Hungary was to increase awareness of the U.S. contribution to Hungarian health care reform. The sentence most reminiscent of a "message" was a quotation by Jim Dzierwa: "The goal of the U.S. Government's assistance to Hungary has been to find reform measures that ensure both the improvement of the quality of health care delivery as well as cost effectiveness and cost-efficiency". The press release focused on the list of USAID/DHHS activities in the health care sector and did not promote any specific views on the direction that Hungarian health care reform should or could take.

As a result, the conference and USAID were only mentioned "as an aside" in the event's media coverage and the main focus was, not surprisingly, on the policy questions. The most notable exception was Duna TV and Konzílium, as the first could not wait until the press conference and interviewed Katalin Babosik of USAID prior to it and the second did not attend the event. Because Katalin Babosik's comments were very focussed, Duna TV's interview summarized the goals and achievements of USAID's assistance. It also referred to the fact that USAID was leaving Hungary as it considers the country mature enough. This is a very good example of how a prepared

interviewer can influence the story that is produced and also highlights the weaknesses of the actual press conference. USAID did receive good coverage in Konzílium, a medical newsletter, which gave an account of USAID's activities in the health sector. Konzílium's primary target audience is health-care professionals. Therefore, the periodical was not intimidated to use the press background materials which had too much healthcare jargon for the mainstream media.

Kossuth Radio's prestigious news program listed the areas in which AID had helped the Hungarian health care system, but quickly turned to the question of health care reimbursement decisions. Regional papers and Világgazdaság referred to the "fact" that this year's reimbursement decisions had been based on the advice by U.S. experts—recognition, albeit indirect, of USAID successful efforts.

LIST OF PARTICIPATING JOURNALISTS

Ferenczy Europress	Zsuzsa Németh
MTI Hungarian News Agency	Ildikó Erdélyi
Reuters	Daniel Langenkamp
Magyar Nemzet	Anita ÉlÅ
Napi Gazdaság	Krisztina Tóth
Napi Magyarország	Patrícia Berek
Magyar Egészségpiac	Edina Kovács
Magyar Orvos	László Nagy András
Duna TV Evening news program	Katalin Farkas
MTV1 Evening news program	Erika Kozlik
Kossuth Radio news program	Ildikó Sipos
Hungarian Radio, English-language section	Endre Kántor

OVERVIEW OF MEDIA COVERAGE GENERATED

Medium	Type	Circulation	Title
Duna TV	News program	No data	Report and interview
Kossuth Radio, Krónika	News program	1.3 million	Report on the event
Napi Gazdaság	Financial daily	14,000	It would be too early to introduce private funds into basic health care provision
Világgazdaság	Financial daily	16,000	U.S. help to the Hungarian health care sector
Konzílium Hírlevél	Medical newsletter	No data	They have completed their task
Dunaújvárosi Hírlap	Regional daily	10,000	It does not cause a headache
Jászkun Krónika	Regional daily	22,000	The health sector asks for more money
Nógrád Megyei Hírlap	Regional daily	15,000	The health sector asks for more money

Press release
June 3, 1999
For immediate release

U.S. SUPPORT TO HUNGARIAN HEALTH CARE REFORM

Hungary has made substantial progress in developing its own culturally and economically relevant solution to the reform of health care delivery and financing systems, said participants of a conference on *Affordable Quality Health Care in Hungary*. The event, hosted by the United States Agency for International Development (USAID) and the United States Department of Health and Human Services (DHHS), is part of the decade-old cooperation between the governments of Hungary and the United States aimed at the improvement of the quality of health care delivered to the people of Hungary. Through the assistance of U.S. DHHS and other assistance partners, a number of clinical and management tools have been provided to their Hungarian counterparts.

Jim Dzierwa, Deputy Director for Bilateral Programs at USAID, said „We know that health care reform is an extremely complex process and has been a sensitive and debated issue all over the world. The goal of the U.S. Government's assistance to Hungary has been to find reform measures that ensure both the improvement of the *quality* of health care delivery as well as *cost effectiveness* and *cost-efficiency*. The present Conference is to review the progress of our projects in Hungary and to plan for their integration into the Hungarian health care system." U.S.-sponsored programs included assistance to the Ministry of Health and OEP to employ science-based data that facilitates delivery of cost effective quality care and supports health care reimbursement decisions; the development of 3 outpatient cardiac rehabilitation programs to demonstrate quality and cost-effectiveness of delivering this type of care, the refinement of the Hungarian patient classification system to improve financing, management and budgeting of health care services; the conduct of a survey on drug management practices and pharmaceutical reimbursement issues; and, training with 17 Hungarian hospitals to improve quality and reduce excess expenditure and capacity.

Minister of Health Árpád Gógl has stated that „health is a national treasure and a resource," which is why the Government of Hungary values the assistance that the U.S. Government has provided in this field. Deputy Secretary of State Zoltán Varga has repeatedly stressed that the Ministry's objective is „to get the most health gain within existing resources" and that the U.S. assistance has helped the Ministry's efforts precisely in this effort, i.e. the improvement of both effectiveness and efficiency. OEP Director General Tivadar Mikó has stated that „USAID's activities have made a measurable impact on my organization and, consequently, the future Hungarian health insurance system."

THE UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT

The United States Agency for International Development (USAID) is the independent U.S. government agency that provides economic development and humanitarian assistance overseas. Established in 1961 by President John F. Kennedy, USAID has achieved a proud record of accomplishment in developing countries and emerging economies.

The broad dimensions of US Government support to Hungary were spelled out in the *Support for Eastern Europe Democracy (SEED) Act*, established in November 1989. This Act authorized the U.S. Government to undertake an array of economic development activities in Central and Eastern Europe. This assistance program operates under the broad policy direction of the Department of State. Administration of the program is the responsibility of USAID.

USAID opened a representative office in Budapest in the summer of 1991. To date, the program has committed approximately USD 260 million in assistance to Hungary. The American Government's assistance program focused on three main areas where it provides technical assistance to decision-makers: democratic governance, economic restructuring and quality of life.

Affordable Quality Health Care in Hungary

USAID-DHHS All Health Transition Event
Thursday, 3 June, 1999

AGENDA

***GOAL*:** The All Health Transition Conference will disseminate the accomplishments and tools of the USAID-supported projects, and will discuss policy implications and next steps.

***LOCATION*:** Budapest MARRIOTT Hotel, Apáczai Csere János utca 4

***SCHEDULE*:**

9:00-9:20 Welcome and Opening Speech – James Dzierwa, Deputy Director, Bilateral Programs, USAID/Hungary

9:20-9:40 Keynote: The Health Strategy for Hungary – Árpád Gógl M.D., Minister of Health

9:40-10:15 Quality and Cost Effective Health Care
Zoltán Varga, M.D., Deputy Secretary of State, MOH
Tivadar Mikó, M.D., Director General, OEP

10:15-10:45 Coffee break
(VIP Press Briefing)

10:45-12:30 Project Presentations (Descriptions, Status Report, Lessons Learned and Future Recommendations)

Evidenced-Based Medicine – Steven Sheingold, Ph.D.; Péter Divinyi, M.D.

Outpatient Cardiac Rehabilitation – Lajos Kullmann, M.D., Ph.D.; Éva Belicza, Ph.D.; Mary Cummings, Dr.P.H., R.N.

Patient Classification/DRG Project – István Bordas; Júlia Nagy; Jugna Shah

Rational Pharmaceutical Management Project – Vilmos Ivády, Ph.D.; Tomoko Fujisaki, M.P.H.

Casemapping Education Project – George Pogan, FACHE

12:30-13:00 Summary: Questions and Answers

13:00-14:30 Lunch

14:30-16:00 Working Sessions

— *Evidenced-Based Medicine Project*
— *Patient Classification/DRG Project*
— *Outpatient Cardiac Rehabilitation Project*
— *Rational Pharmaceutical Management Project*
— *Casemapping Education Project*

16:00-16:30 Wrap-up – Working Session Summations

17:00 Reception in the Erzsébet Room

Affordable Quality Health Care in Hungary

OUTPATIENT CARDIAC REHABILITATION DEMONSTRATION PROGRAM

PROJECT SUMMARY

Background: Cardiovascular disease accounts for a considerable proportion of *premature* deaths in Hungary. The need for both primary and secondary prevention in cardiovascular disease is well documented. For example, approximately 28,000 heart attacks occur annually in Hungary with a one-year survival rate of only 12,000 persons. An estimated 80,000 people suffer from angina pectoris. Additionally, 3,000 patients undergo coronary artery bypass surgery and another 1000 have *coronary artery balloon angioplasty*, numbers which are steadily increasing. The involvement of patients with serious cardiovascular disease in cardiac rehabilitation is low in most parts of the world and amounts to about 20% in Hungary. This rate needs to increase in order to both decrease the number of preventable deaths and to improve the quality of life of survivors.

History: In November, 1995, at a meeting of Hungarian and U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) officials, an initial plan was developed to implement and evaluate cardiac rehabilitation guidelines in Hungary. This meeting was followed by a workshop in June, 1996 in Visegrad, Hungary where a proposal was developed. The proposal was presented to officials of the Hungarian Ministry of Welfare (MOW) and the U.S. Agency for International Development (USAID) and was approved, with funding provided by the Ministry and major funding provided by USAID. Merck Inc. donated cardiac medications to the project. All of the components of the outpatient cardiac rehabilitation program are in support of the Ministry of Health's *National Strategy for Health Promotion and Health Care (February, 1998)* since they promote healthy behaviors including exercise, healthy diets, smoking cessation, and alcohol moderation or cessation.

The core team includes the Principal Investigator, Lajos Kullmann, MD, PhD, Director, National Institute for Medical Rehabilitation; the Director of the Data Coordinating Center, Eva Belicza, PhD, *Associate* Professor, School of Public Health, Debrecen University; the US cardiac rehabilitation consultant, L. Kent Smith, MD, Director, Cardiac Rehabilitation, Arizona Heart Institute; and the US Project Coordinator, Mary A. Cummings, DrPH, RN, Health Scientist Administrator, Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR/DHHS).

Three sites were chosen, a procedures manual was prepared, and an orientation meeting was convened in October, 1997. The program was implemented in November, 1997. The three sites are: National Institute of Cardiology, Budapest; Outpatient Cardiology Clinic, Debrecen; and the Department of Cardiology, Zala County Hospital, Zalagerszeg. In May 1998, three inpatient cardiac rehabilitation facilities were added to serve as comparison groups: Department of Cardiology, State Sanitorium, Sopron; State Heart Hospital, Balatonfured; and the Army Rehabilitation Hospital, Balatonfured.

Objectives: The project?s major objectives are to demonstrate the effectiveness and cost-effectiveness of outpatient cardiac rehabilitation using programs based on the AHCPR evidence-based cardiac rehabilitation clinical guideline. Patients who have had heart attacks (acute myocardial infarctions) or coronary artery bypass surgery and who are willing to participate in the outpatient cardiac rehabilitation program are being compared to patients receiving inpatient cardiac rehabilitation and patients not receiving *any* cardiac rehabilitation. A key issue is how the outpatient program will function under Hungarian socio-economic conditions and culture.

Methods and Progress: The outpatient cardiac rehabilitation program includes all of the major elements of a comprehensive cardiac rehabilitation/secondary prevention program as follows:

- Exercise testing and training
- Education of patients and family
- Counseling of patients and family
- Behavioral survey and approaches to behavior change as appropriate
- Dietary assessment and counseling

The program is 12 weeks in length with patient encounters three times per week and a follow-up visit at 12 months. Each patient at the three outpatient centers undergoes a comprehensive assessment on admission, at 12 weeks and at one year. These assessments include screening for cardiac risk factors (fasting glucose and serum lipid levels, weight and height to calculate body mass index, physical activity index, dietary assessment, blood pressure, echocardiography, smoking/non-smoking etc.), exercise tests, psychosocial assessment, and orthopedic and biomechanical evaluation. The usual care and inpatient cardiac rehabilitation groups are assessed at baseline and at 12 months.

The programs have enrolled their patients and collected information on admission and for the outpatient cardiac rehabilitation patients at 12 weeks. The 12 month follow-up data collection is ongoing and will be completed in December, 1999. An interim report is under preparation with a final report planned for *September,* 2000.

The feasibility of delivering cardiac rehabilitation successfully on an outpatient basis, under the present Hungarian health care services environment, has been proven

over the last 18 months through the experiences of the 3 programs. One major goal of the project is the creation of a strong basis for dissemination of this model. Such programs could be started now in other parts of the country, but it may be useful to delay until completion of data collection and analysis when evidence of efficiency will be available. Data on effectiveness and efficiency will assist in making appropriate reimbursement decisions.

Summary: This project has approximately 9 months left and will need continued funding from the Ministry of Health to ensure successful completion of the evaluation efforts. It is hoped that funding for the three outpatient programs which are fully functional and serving patients will also continue through reimbursement from the National Health Insurance Fund. These programs serve as cost-effective models for secondary prevention for a large part of the population having serious cardiovascular disease at middle age and older, potentially saving an estimated 1.607.200.000 forints/year (assumes an increased rate of return to work and a reduction in rehospitalization rates).

Affordable Quality Health Care in Hungary

RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PROJECT IN HUNGARY

PROJECT SUMMARY

Background: Major goals of the health care reform effort in Hungary are to enhance efficiency and sustainability. In pursuing these goals, however, the government of Hungary has to maintain a balance between the efficient use of resources and the quality of health care. Pharmaceutical management is a critical factor in this balance, because pharmaceuticals are an essential part of clinical services at all levels of health care, and they represent a substantial portion of government health expenditures (e.g., about 29% in 1996). In recent years, the need for reform measures in the pharmaceutical sector is becoming increasingly critical because of the increasing numbers and rising prices of drugs in Hungary. For example, between 1990 and 1997 the number of registered drug products in Hungary increased 400%. In the past five years, the cost of drugs has been increasing at a rate of approximately 120 %.

History: Since 1992, the Rational Pharmaceutical Management (RPM) Project has been working in more than 15 countries, including Russia, Central and Eastern Europe, and Central Asia to improve the efficiency, equity, and quality of pharmaceutical management. Its principal aim is to promote improvements in the allocation and use of resources in pharmaceutical systems. The project is implemented by Management Sciences for Health (MSH) and the United States Pharmacopeial Convention, Inc. (USP). It is funded by the United States Agency for International Development (USAID).

In the late 1997, the RPM was invited by the USAID Office in Hungary to assess the pharmaceutical sector. Based on the findings, the following three technical areas were identified as the focus of the RPM activities:

- Rationalizing drug selection for the national health insurance
- Improving pharmaceutical management practices at hospitals
- Promoting rational use of drugs among general practitioners

In each area, RPM has been collaborating with Hungarian partners, including the National Health Insurance Fund Administration (OEP),the Semmelweis University of Medicine Health Services Management Training Centre, and the Green Cross. RPM has provided these Hungarian counterparts with technical assistance and with

information regarding the development and management of drug formulary systems, drug utilization reviews, and evidence-based drug selection.

Objectives: The overreaching goal of RPM activities is to improve the efficiency, equity, and quality of pharmaceutical service in Hungary--through expanding the knowledge base of key stakeholders in the health sector on the status of the pharmaceutical sector and its available management tools and mechanisms. An assessment of the pharmaceutical benefit package under the national health insurance system was conducted to identify ways to contain costs on pharmaceuticals and improve efficiency in procurement and purchasing, as well as in the prescribing and consumption of drugs. Two other surveys were conducted to gain a better understanding of types and the extent of problems, as well as the progress made in the use and management of drugs in both outpatient and inpatient settings.

Methods and Progress:

Assessment of national health insurance drug subsidy system. An assessment of the drug subsidy system conducted with the OEP indicates that significant savings can potentially be made without compromising the quality of health care. This can be accomplished by eliminating ineffective drugs from the pharmaceutical benefit package and by promoting generic and therapeutic drug substitution, based on the evidence-based medicine. RPM also made a number of other recommendations to the OEP, including strengthening OEP's capacity to utilize data more effectively. More effective use in the prescribing and consumption of drugs from health care providers and hospitals will help the OEP develop appropriate mechanisms and interventions to promote rational use of drugs.

Survey on Hungary's hospital-based pharmaceutical management. One hundred and two hospitals out of 150 (68%) in Hungary responded to the RPM/Semmelweis University survey of their experiences in applying the hospital drug formulary system and drug use evaluation--two major pharmaceutical management tools in the hospital setting. Data show that two-thirds of the responding hospitals either use drug formulary lists, or used one in the past. However, 60% of the hospitals only use brand names in the lists. In addition, formulary lists at the majority of hospitals contain too many drug items: formulary lists at 47% of the hospitals contain more than 600 drug items, and another 24% contain between 400 and 600 items. By identifying drugs in generic names, not in product names, and by allowing a finite list of drugs at a facility, a properly implemented formulary system could maximize the benefits of limited resources for pharmaceuticals. The survey suggests that hospitals in Hungary will benefit from additional information about the systematic approach to the development and maintenance of hospital drug formulary systems. For this purpose, RPM prepared two manuals in Hungarian entitled *Manual for Development and Maintenance of Hospital Drug Formularies* and *Guidelines for Implementing Drug Utilization Review Programs in Health Facilities*.

Antihypertensive drug prescribing patterns among Hungarian general practitioners. Case records of 800 randomly selected patients diagnosed with hypertensive conditions were reviewed. The survey revealed that general practitioners diagnosed more than 70% of the cases at moderate and severe stages of hypertension, according to the *1996 Hungarian Guideline*. Seventy-nine percent of the cases received more than two hypertensive drugs, and in that number, health care workers prescribed four or more hypertensive drugs to 15% of the patients. The survey found, however, that overall, the selection of drugs for comorbidity is appropriate. An exception was that general practitioners prescribed psychostimulators, with no proven effect on blood pressure, to 13% of the patients reviewed. Given the great number of drug products in the market for hypertension control, there is a need for clear and objective information to help prescribers make rational selections of the most cost-effective drugs. Providing such information would require development of a step-wise treatment algorithm and continuing medical training for general practitioners. Also, the regular monitoring of drug utilization patterns by general practitioners should be considered.

Summary: Pharmaceutical management can be seen as a series of four inter-related functions that together constitute a cycle of *selection*, *procurement*, *distribution*, and *use*. All three streams of activities carried out by the RPM Project in Hungary indicate that the promotion of the rational selection and use of drugs is critical in Hungary's health care reform. At the national level, selecting safe and effective drugs with proven quality and affordable costs for the pharmaceutical benefit package under the national health insurance is most critical for strengthening the country's pharmaceutical management. At the facility level, the development and maintenance of drug formularies, supported by clearly defined guidelines and objective information, will increase efficiency in the procurement process and increase the rational use of drugs in patient care. At the prescriber level, use of most cost-effective drugs should be promoted by the use of clear and up-to-date disease management protocols and objective information. The promotion of generic and therapeutic drug substitution, supported by evidence-based medicine and the drug quality assurance system, is the key to all the interventions in Hungary at both the national and service-provider level.

Affordable Quality Health Care in Hungary

PATIENT CLASSIFICATION SYSTEM/DRG-BASED FINANCING REFINEMENT PROJECT

PROJECT SUMMARY

3M Health Information Systems' project staff have worked with USAID staff, the Hungarian Ministry of Health, the Gygoinfok, Semmelweis University, and the Hungarian Health Insurance Fund since 1995 under a DHHS Contract to transfer U.S. inpatient and outpatient classification technologies to Hungary.

Background: The Hungarian DRG system is a major accomplishment for Hungary, as it was originally developed about nine years ago based only on information found in the U.S. Federal Register and without any external assistance. This system was originally used as one part of the method used for allocating resources to hospitals under the capacity based financing system based on occupied beds. The system initially reduced length of stay in Hungary by approximately one day, opening hospital capacity for conversion to long-term care or social care. However, the incentives inherent in the capacity-based funding system were beginning to override those contained in the DRG system as early as 1995. Furthermore, at the time our technical assistance began, the DRGs used by Hungary had not been updated or modified to correct for some of the known deficiencies. Beginning in 1995, much work was undertaken by Hungarian and US counterparts to begin increasing the overall effectiveness of the DRG-based financing system.

Overall Project Objectives: To refine the Hungarian DRG system, to implement policy decisions promoting the reduction in the number of acute care beds and the substitution of outpatient services for inpatient services, and to begin the study and analysis of outpatient data using an outpatient classification system. 3M HIS staff and Hungarian colleagues successfully completed activities related to the DRG-refinement study. This included submitting issue papers outlining the differences between various DRG systems, the need for adjustment factors, and the inclusion of capital/depreciation costs in the DRG payment rates; editing, grouping, and analyses of Hungarian inpatient discharge data; development of preliminary hospital inpatient budgets, and other supporting tasks. Policy decision recommendations were communicated to key government officials through issue papers, demonstration data analyses activities, and formal presentations. Through this technical assistance effort the existing DRG classification system was modified, the capacity based-financing model replaced by a 100% DRG-based financing model, outpatient data examined

using the Ambulatory Patient Groups classification system, and new policy decisions related to DRGs (i.e., the gurrancy rule for monitoring hospital re-admission rates) implemented.

A reduction in acute care beds occurred, not through the use of DRGs, but rather through a government decree. Outpatient services have increased in some cases, but there are still many procedures that are provided in the hospital that could be shifted to the outpatient setting. The National Health Insurance Fund (OEP) has begun examining this issue. Although there was considerable interest in conducting an APG feasibility study, clinics did not have the funds required to prepare and submit their data nor was funding available from the government. Therefore, only some preliminary analyses using ambulatory data from Semmelweis University and Szekszard hospital were conducted and reviewed by 3M staff and the Gyogyinfok (the NHIC).

The National Health Insurance Fund made great progress during the first six months of 1999 by establishing a Professorial Advisory Group to examine DRG data results for clinical accuracy, homogeneity, and coding issues related to fraud and abuse. This group has demonstrated an extraordinary commitment to furthering the effective use of DRGs. It is expected that the OEP will work closely with the Gyogyinfok and hospitals to continue refining the DRG financing system and to examine outpatient data in the year to come.

Overall Successes: From a classification system perspective, Hungarian colleagues have been very successful in understanding key coding and grouping issues. The successful steps that have been completed are:

- Hungarian counterparts created Hungarian DRGs called HBCs, initially using HCFA-DRGs and subsequently updating them in 1997 using 3M's All-Patient DRGs.
- Moving from a capacity-based financing system to a fully DRG-based financing system
- Eliminating the financing of multiple DRGs per admission
- Eliminating department level multiplier factors
- Creating the gurrancy rule addressing readmission rates of patients
- Mandating the submission of date to the Gyogyinfok (inpatient and outpatient)
- Increasing awareness of DRG use in Hungary
- Creating a Professorial Advisory Group by the National Health Insurance Fund

Overall Areas Requiring Further Assessment and Improvement: The classification system is simply one part of a financing model. It alone is not responsible for the implementation of an effective financing system. An effective financing system is

dependent on the government implementing a set of policy incentives/payment rules consistent/parallel with the incentives created by a DRG-based financing system. In Hungary, it is this part that is not working optimally.

There are several key issues that need to be addressed by high level decision-makers in order to achieve the maximum benefits of a DRG-based financing system. For example, capital must be funded in the health financing system, either through DRGs or as a pass-through. A quality assurance/quality monitoring group needs to be created to address both quality of care and upcoding issues (OEP has begun this effort). The organization of Hungarian hospitals by departments drives hospital department heads to act in their department's own interest rather than in the interest of the hospital as a whole. The gratuities that patients provide (under the table payments) physicians during their inpatient stay creates an incentive for the physician to keep the bed full (not to mention patient's expectations of receiving a certain amount of care). This incentive is counter to the one created by DRGs to reduce length of stay to the appropriate level. Physician's salaries are said to be low which may drive their need to accept the under the table payments. These issues create inconsistencies in the incentives physicians and hospital managers face relative to the incentives created by a DRG-based financing system and the goals of health care policy-makers. They include:

- Adjustments for certain types of hospitals need to be considered to recognize real differences among hospitals (i.e., providing a national institute with an adjustment recognizes that certain capacity/resources are required)
- Elimination (or official recognition) of under the table payments or physician gratuities
- Establishment of a quality assurance organization like U.S. peer review organizations
- Training hospital managers in effective hospital management using DRGs
- Coding training for hospital staff/physicians working with patient charts and coding DRGs
- Eliminating the use of the "Star (*) DRGs as they counteract hospital management decisions

Until these issues are resolved, we should not expect to see the kinds of length of stay reductions and quality improvements that are typically expected under DRG-based financing.

Affordable Quality Health Care in Hungary

CASEMAPPING EDUCATION PROJECT FOR HUNGARIAN HOSPITALS

PROJECT SUMMARY

Objective: The Casemapping Education Project for Hungarian Hospitals was a project to provide an additional technique to Hungarian hospitals to assist in their quality and cost management efforts.

Background: The project was initiated from a previous project in 1995 conducted at the Flor Ferenc and the Katai Gabor Hospitals. Dr. Piroska Varga and Dr. Peter Lepes of the Ministry of Welfare gave the project support in that it was in line and consistent with other efforts. George J. Pogan and Geoffrey Liss are Hungarian American Coalition members who were assisted by Judith Perge, MD, Internal Medicine, Erika Meszaros-Hakucsak, RN, Director of Nursing and Laszlo Kondi, Informatics from Katai Gabor Hospital in Karcag.

Teaching Method Used: The project provided the process and materials to examine a diagnosis specific cost and quality of care delivered at the host hospitals. The major part of the project involved “hands on” casemap development in small group sessions by the participants and comparisons with actual casemaps done by other hospitals for that diagnosis. They compared and discussed the process and outcomes in an open forum. Then each team selected a coordinator and that coordinator reported the results from the small group sessions. The results were then discussed and compared with other examples provided by the consultants. The diagnosis selected were pneumonia, cholecystectomy, stroke, hip replacement and chronic obstructive pulmonary disease. At the project’s completion a complete set of casemaps developed at each site were provided to the participants.

The project was conducted on site between the dates of November 8, and November 25, 1998. The first hospital was Margit Korhaz, Csorna; the second, Markuszovsky Korhaz, Szombathely; the third, the National Institute for Rehabilitation Medicine; the fourth, Debrecen Medical University (DOTE); and the fifth, Karcag’s Katai Gabor Hospital.

Eighteen hospitals were represented at the five sessions. There were a total of 162 participants. The participants represented a wide cross section of the skills in the hospitals,

Pre-seminar and a post seminar questionnaires were developed and given to the participants to provide feedback and value of the process. A 66% return rate was achieved.

Summary of the Pre-seminar questionnaire responses: The pre-seminar questionnaire reflected that: (1) physician's authority would not be threatened by casemaps; (2) decreasing the days of treatment would not bring about a decrease in pay; (3) decreasing the days of treatment would not bring a recission of budget or a decrease in the number of beds authorized at the hospital.

- 80% felt that physicians must be convinced to change their behavior for a case map system to be effective.

- 75% did not feel that patients are more satisfied with their care when they stay longer than expected.

- 93% of the respondents meet regularly in the hospital to discuss issues about patient care.

- 48% of the hospitals did not use casemaps or critical paths, 50% did and used them for quality efforts only.

Summary of the post seminar questionnaire responses:

- The interest in using casemaps was 85% positive.

- 74% of the respondents stated they would be interested in a certification program in casemapping.

- They found the workshop and comparisons the most interesting (88.6%) The least interesting part — 66% said they did not find any parts the least interesting, 16% considered the opening presentations the least interesting.

- The types of information they would want to see in future programs:
  1. Financing
  2. Comparison to other hospitals
  3. All information again
  4. Additional Possibility in Hungary
  5. Out patient care

- 91.4% agreed that the use of multidisciplinary case maps improves the outcomes of care.

Recommendations:

- That a framework and financial incentives be advocated in the OEP to encourage the use of casemaps by the individual hospitals, and rewards provided to those hospitals who have successfully improved the outcomes and decreased the cost of care.

- That a visible central point for the exchange of information be established in the Ministry of Health and that a list of hospital based health professionals trained in using and teaching casemapping be available to the Ministry for teaching and training activities at other hospitals.

- That a newsletter be published on a periodic basis to highlight best practices and outstanding outcomes achieved by individual hospitals and to serve as an interest point in the communicating of information about the quality and cost of care and the improvements made in it.

- That a certification program for health professionals be developed to establish the use of casemaps as a quality and cost analysis tool.

- That additional programs throughout the country should be conducted by those hospitals that have participated in this project and grant and foundation funds be sought and used for the programs.

- That a follow up program be funded to monitor and provide consulting assistance to those 18 participating hospitals, to institutionalize and further the use of these techniques at those institutions, to assess the status of ongoing efforts to see if the appropriate resources and efforts are being used to benefit from the work expended and to assess whether the approach used is effective in getting the work started in each hospital.

- That additional Internet resources be developed and distributed to the participating hospitals as comparative resources for their own quality and cost improvement.

George J. Pogan, MHA, FACHE and Geoffrey D. Liss, MBA.

Affordable Quality Health Care in Hungary

TECHNOLOGY ASSESSMENT AND EVIDENCED-BASED MEDICINE CAPACITY BUILDING

PROJECT SUMMARY

The Health Technology Assessment (HTA) and Evidenced-Based Medicine (EBM) project has focused on providing advice on the concepts, uses, policy relevance and capacity building needs of these areas. The project has had three phases, which began in June 1996 and were reinitiated in June 1998. These include:

1) Presentation and discussion of basic concepts and methods of HTA and EBM.

2) More targeted efforts towards building capacity to undertake these efforts.

3) Direct consulting in the Ministry of Health and National Health Insurance Fund (OEP) for implementing capacity.

During the second phase, advice concerning value-based purchasing was also initiated to accommodate requests made to USAID by the Director General of the OEP.

The first phase of the project included the June 1996 conference at Visegrad. At the Visegrad conference, lectures were provided concerning evidenced-based method, quality initiatives, clinical guidelines, HTA and coverage decision making. After a two-year hiatus, from March through June of 1998, new efforts were made to follow up on the conference and implement EBM capacity within MEDINFO. In October 1998, project staff and Hungarian counterparts attended the ISQUA conference held in Budapest to learn about HTA/EBM efforts in Europe. Technical assistance was provided on two technology assessments projects.

The second phase of the project modified previous efforts by responding to the requests of the Ministry of Health (MOH) and OEP under the new government. Specifically, the MOH requested assistance in establishing a National Institute for Health Care Policy and Research (NIHCPR), while OEP requested assistance in becoming a purchaser of health gain as opposed to being a payer. Thus, the focus was changed from the concepts of HTA/EBM, to specific advice concerning the establishment of an organizational capacity for conducting these activities and implementing policy. During a February visit, representatives from two DHHS

components, the Health Care Financing Administration (HCFA) and the Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) provided advice to the Ministry concerning the establishment of the NIHCPR. During March, a U.S. faculty from US public and private sectors provided a week of seminars and consulting concerning capacity building for EBM and value-based purchasing, with an emphasis on policy implementation.

The third phase is currently ongoing and includes providing day-to-day assistance in establishing and/or enhancing EBM capacities in both MOH and OEP. During May and June, project staff will work in both organizations. In addition, project staff have drafted a set of objectives and critical success factors for establishing NIHCPR that may serve as a blueprint for its early activities.

In April, DHHS staff participated in a visit of a Hungarian delegation to Washington, D.C. intended to expose the delegation to U.S. public and private organizations involved in the provision, purchasing, reimbursement and regulation of health care services. The delegation visited both HCFA and AHCPR to discuss purchasing and EBM operational issues.

In addition, there are plans for training of OEP and MOH staff members in the US in June. The Blue Cross Blue Shield Association Technology Evaluation Center has offered to host two individuals to exposure them to a variety of HTA/EBM activities that would be critical to the capacity building and policy implementation efforts in Hungary.

Affordable Quality Health Care in Hungary

IMPORTANT CONTACTS FOR PROJECT MATERIALS

Evidenced-Based Medicine

Steven H. Sheingold, Ph.D.
Director
Division of Program Analysis and Performance Management
Center for Health Plans and Providers
Health Care Financing Administration
7500 Security Boulevard, MS S3-02-01
Baltimore, MD 21244-1850
Tel: 410 786 0277
Fax: 410 786 0322
E-mail: ssheingold@hcfa.gov

Outpatient Cardiac Rehabilitation

Mary A. Cummings, Dr.P.H., R.N.
Health Scientist Administrator
Center for Outcomes and Effectiveness Research
Agency for Health Care Policy and Research
6010 Executive Boulevard, Suite 300
Rockville, Maryland 20852
Tel: 301 594 2417
Fax: 301 594 3211
E-mail: mcumming@ahcpr.gov

Patient Classification/DRGs

Jugna Shah
3M/Health Information Systems
12501 Prosperity Drive, Suite 150
Silver Spring, Maryland 20904
Tel: 301 625 7112
Fax: 301 625 7101
E-mail: jjshah@mmm.com

Rational Pharmaceutical Management
Tomoko Fujisaki, M.P.H.
Hungary Country Project Manager
Management Sciences for Health, Inc.
165 Allandale Road
Boston, MA 02130-3400
Tel: 617 524 7799
Fax: 617 524 2825
E-mail: tfujisaki@msh.org

Casemapping Education Training
George J. Pogan, FACHE
Rehab on Site, Inc.
18961 River's Edge
Chagrin Falls, OH 44023
Tel: 440 543 8199
Fax: 440 543 1699
E-mail: gpogan@rehabonsite.com

USAID/Hungary – until 7/31/99
Katalin Babosik
Senior Health Advisor, USAID
Granite Tower Bank Center
Szabadsagter 7-8, 4th floor
Budapest, HUNGARY
Tel: 36 1 302 6400
Fax: 36 1 302 0693
E-mail: kbabosik@usaid.gov

USAID/Washington
Wendy Wallace
USAID/Europe and New Independent States
1300 Pennsylvania Avenue, N.W.
Ronald Reagan Building, 5th floor
Washington, D.C. 20523-5100
Tel: 202 712 1413
Fax: 202 216 3409
E-mail: wwallace@usaid.gov

DHHS

Mrs. Terry Gay
International Health Officer
Office of International and Refugee Health
5600 Fishers Lane, Room 18-90
Rockville, Maryland 20857
Tel: 301 443 9428
Fax: 301 443 0742
E-mail: tgay@osophs.dhhs.gov

Sajtóközlemény
1999. június 3.
Azonnal közölhetÅ

AMERIKAI HOZZÁJÁRULÁS A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI REFORMHOZ

Magyarország jelentos lépéseket tett annak érdekében, hogy az egészségügyi ellátás és finanszírozási rendszer reformját saját kulturális és gazdasági körülményeinek megfeleloen alakítsa, hangzott el a Minoségi és megfizetheto egészségügyi ellátás Magyarországon címu konferencián. A rendezvény, melyet a United States Agency for International Development (Egyesült Államok Nemzetközi Fejlesztési Hivatala - USAID) és a United States Department of Health and Human Services (az Egyesült Államok Egészségügyi Minisztériuma - DHHS) szervezett, része annak a magyar és az amerikai kormány közti immár egy évtizede folyó, a magyarországi egészségügyi ellátás minoségének javítására irányuló együttmuködésnek. A program keretében, a DHHS és más szervezetek segítségével a magyar felek számos klinikai, vezetési és gazdálkodási módszert sajátíthattak el.

Jim Dzierwa, a USAID igazgatóhelyettese elmondta: „Tudjuk, hogy az egészségügyi reform rendkívül összetett folyamat, mely a világ minden pontján mindig is egy igen érzékeny és vitatott témának számított. Az amerikai kormány azzal a céllal támogatta Magyarországot, hogy a magyar döntéshozókkal közösen olyan reformintézkedéseket dolgozzanak ki, amelyek egyrészt emelik az egészségügyi ellátás színvonalát, másrészt pedig növelik gazdaságosságát és költség-hatékonyságát. A mostani konferencia áttekintést ad magyarországi programjaink eddigi eredményeirol és bemutatja hogyan lehet ezek eredményeit beépíteni a magyar egészségügyi rendszerbe."

Az Egyesült Államok által támogatott programok során az Egészségügyi Minisztérium és az OEP munkatársai megtanulhatták, hogy hogyan lehet tudományos adatok felhasználásával az egészségügyi ellátást mind színvonalasabbá, mind gazdaságosabbá tenni és ugyanakkor az egyes gyógyszerek ártámogatásról szóló döntéseket megalapozni. Az amerikai szakértok továbbá segítettek ambuláns kardiológiai rehabilitációs programok kidolgozásában is, mely jó példa a minoség és költséghatékonyság javítására. A program a magyar betegosztályozási rendszer fejlesztésére is hatással volt, javítva ezzel az egészségügyi ellátás finanszírozási, gazdálkodási, és költségvetési rendszerét. A magyar gyógyszergazdálkodási szokásokról és a térítési gyakorlatról készült felmérés és 17 magyarországi kórház számára nyújtott tréningprogram nagyban hozzájárulhat a többletkiadások csökkenéséhez illetve az egészségügyi ellátás minoségének javulásához.

Gógl Árpád egészségügyi miniszter elmondta, hogy a magyar kormány nagyra értékeli az Egyesült Államok segítségét az egészségügyi reform terén, mivel „az egészség nemzeti kincs és eroforrás". Varga Zoltán helyettes államtitkár ismételten hangsúlyozta, hogy a Minisztérium célja „a rendelkezésre álló források minél jobb hasznosítása", és az amerikai támogatás pont ebben segítette a Minisztériumot, azaz a hatékonyság és az eredményesség növelésében. Mikó

Tivadar, az OEP foigazgatója elmondta, hogy „a USAID programja jelentos hatással volt az OEP munkájára és ezáltal a magyar egészségbiztosítási rendszer jövojére is."

AZ EGYESÜLT ÁLLAMOK NEMZETKÖZI FEJLESZTÉSI HIVATALA (USAID)

Az Egyesült Államok Nemzetközi Fejlesztési Hivatala független amerikai kormányhivatal, melynek célja, hogy külföldi országok gazdasági fejlodését segítse, illetve humanitárius segélyt nyújtson. Az intézményt John F. Kennedy elnök alapította 1961-ben és azóta a világ számos országában látványos sikereket ért el.

1989 novemberében az Egyesült Államok kormánya „A kelet-európai demokráciák támogatása" címen határozatot adott ki, melynek értelmében az amerikai kormány egy sor gazdasági és politikai terület fejlesztésében támogat kelet- és közép-európai országokat. Ezen tevékenységek kivitelezésével az USA külügyminisztériuma az Egyesült Államok Nemzetközi Fejlesztési Hivatalát bízta meg.

A USAID irodája 1991 nyarán nyílt meg Budapesten és azóta mintegy 260 millió dollárt fordított magyarországi programjaira. A USAID programjainak célja a döntéshozók segítése tanácsadással, elemzéssel és az amerikai tapasztalatok átadásával három fo területen: demokratikus kormányzati rendszer kiépítése, a gazdaság átalakítása és a lakosság életkörülményeinek javítása.

Affordable Quality Health Care in Hungary

„MINÄSÉGI ÉS MEGFIZETHETÄ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS MAGYARORSZÁGON"
USAID-DHHS RENDEZVÉNY AZ EGÉSZSÉGÜGYI REFORMRÓL
1999. JÚNIUS 3., CSÜTÖRTÖK

CÉL: A Konferencia bemutatja a USAID támogatásával létrejött projektek eredményeit és eszközeit, megtárgyalja ezek politikai vonzatait és a jövoben szükséges lépéseket.

HELYSZÍN: MARRIOTT Hotel, Budapest, Apáczai Csere János utca 4.

PROGRAM:

9:00-9:20 Köszönto és Nyitóbeszéd – James Dzierwa, Igazgató Helyettes, Bilaterális Programok, USAID/Magyarország

9:20-9:40 Programbeszéd: Magyarország Egészségügyi Stratégiája – Dr. Gógl Árpád, Egészségügyi Miniszter

9:40-10:15 Minoségi és Költséggazdaságos Egészségügyi Ellátás
Dr. Varga Zoltán, az Egészségügyi Minisztérium Helyettes Államtitkára
Dr. Mikó Tivadar, az OEP Foigazgatója

10:15-10:45 Kávészünet
(Sajtótájékoztató)

10:45-12:30 Projektek Bemutatása (leírások, helyzetjelentés, tapasztalatok és javaslatok a jövot illetoen)

Evidence-Based Medicine – Dr. Steven Sheingold, Dr. Divinyi Péter

Ambuláns Kardiológiai Rehabilitáció – Dr. Kullmann Lajos; Dr. Belicza Eva; Dr. Mary Cummings.

Betegosztályozás / HBCS Projekt – Bordas István; Nagy Júlia; Jugna Shah

Racionális Gyógyszergazdálkodási Projekt – Dr. Ivády Vilmos; Dr. Tomoko Fujisaki.

Casemapping Oktatási Projekt – George Pogan, FACHE

12:30-13:00 Összefoglalás; Kérdések és válaszok

13:00-14:30 Ebéd

14:30-16:00 Munkaülések

— Evidence-Based Medicine Projekt
— Betegosztályozási /HBCS Projekt
— Ambuláns Kardiológiai Rehabilitációs Projekt
— Racionális Gyógyszergazdálkodási Projekt
— Casemapping Oktatási Projekt

16:00-16:30 Zárás – Munkaülések összefoglalása

17:00 Fogadás az Erzsébet Teremben

Affordable Quality Health Care in Hungary

AMBULÁNS KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓS SZEMLÉLTETÄ PROGRAM

PROJEKT LEÍRÁS

Háttér: Magyarországon a szívbetegség a korai elhalálozások jelentos részét teszi ki. A szívbetegségek esetében mind az elsodleges és a másodlagos megelozés szükségességét illetoen jelentos dokumentáció áll rendelkezésre. Magyarországon például évente 28.000 szívrohamról számolhatunk be, és az egyéves túlélési ráta alig 12.000 emberre vonatkozik. Becslések szerint 80.000 ember szenved angina pectoris-ban. Továbbá 3000 ember esik át szívkoszorúér bypass mutéten és további 1000 szívkoszorúér angioplasztikán, és ezek a számok egyre emelkednek. A súlyos szívbetegségben szenvedok közül világszerte kevesen vesznek részt kardiológiai rehabilitációban, és arányuk alig 20%-ot tesz ki Magyarországon. Ezt a rátát növelni kell annak érdekében, hogy a megelozheto elhalálozások számát csökkentsük és hogy javítsuk a túlélok életminoségét.

Történeti áttekintés: 1995 novemberében, magyar tisztviselok és az amerikai Department of Health and Human Services (DHHS) tisztviseloinek találkozóján kidolgozásra került egy kezdeti terv a kardiológiai rehabilitáció irányvonalainak magyarországi bevezetésére. Ezt a találkozót egy workshop követte 1996 júniusában, Visegrádon, ahol kidolgoztak egy javaslatot. A javaslatot benyújtották a magyar Népjóléti Minisztériumnak (NM) és az Egyesült Államok Nemzetközi Fejlesztési Hivatalának (USAID), ezt jóvá is hagyták, és részben a Minisztérium támogatásával és a USAID jelentos anyagi hozzájárulásával el is indították a programot. A Merck Inc. szívgyógyszereket adományozott a projectnek. Az ambuláns kardiológiai rehabilitációs program minden része az Egészségügyi Minisztérium *Nemzeti Egészségösztönzési és Egészségügyi Stratégiáját támogatja* (1998 február), mivel olyan egészséges tevékenységekre ösztönöz, mint például a testmozgás, egészséges étrend, a dohányzásról való leszokás, az alkoholfogyasztás mérséklése, illetve mellozése.

Az munkacsoporthoz tartozik a Dr. Kullmann Lajos az Országos Rehabilitációs Intézet igazgatója; az Adatkoordinációs Központ igazgatója, Dr. Belicza Éva, a Debreceni Egyetem egészségügyi szakának tanársegédje; Dr. L. Kent Smith amerikai kardiológiai rehabilitációs tanácsadó, az Arizona Heart Institute kardiológiai rehabilitációs vezetoje; és Dr. Mary A. Cummings amerikai projekt koordinátor, tudományos egészségügyi adminisztrátor, az Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR/DHHS) munkatársa.

Három helyszín került kiválasztásra, elkészült egy eljárási kézikönyv, és 1997 októberében egy tájékozódó megbeszélést is összehívtak. A programot 1997 novemberében vitték véghez. A három helyszín a következo volt: Budapest, Országos Kardiológiai Intézet; Debrecen, Kardiológiai Ambulancia; Zalaegerszeg, Zala Megyei Kórház Kardiológiai Osztálya. 1998 májusában három fekvobeteg-ellátó kardiológiai intézet is csatlakozott a projekthez, hogy összehasonlítási alapként szolgáljon: Soproni Állami Szanatórium Kardiológiai Osztálya; Balatonfüredi Állami Szívkórház; és Balatonfüredi Katonai Rehabilitációs Kórház.

Célok: A projekt fo célja, hogy bemutassa az ambuláns kardiológiai rehabilitáció hatékonyságát és költséggazdaságosságát olyan programokon keresztül, amelyek az AHCPR „evidence-based" kardiológiai rehabilitációs klinikai irányvonalaira alapulnak. Azokat a betegeket, akik szívrohamon (akut szívinfarktuson) vagy szívkoszorúér mutéten estek át, és hajlandók részt venni ambuláns kardiológiai rehabilitációban, összehasonlítják olyan páciensekkel, akik kórházi kardiológiai rehabilitációban vesznek részt, valamint olyanokkal, akik semmilyen kardiológiai rehabilitációban nem részesülnek. A kulcskérdés az, hogy vajon a járóbeteg-program muködik-e majd a magyar társadalmi és gazdasági körülmény között.

Módszerek és fejlÅdés: A program magában foglalja egy átfogó kardiológiai rehabilitációs/másodlagos megelozési program minden fontosabb elemét, melyek a következok:

— Testmozgás vizsgálata és oktatása
— A betegek és családjuk oktatása
— Tanácsadás a betegek és családjuk számára
— Viselkedési vizsgálat, illetve szükség szerint viselkedés-módosítás
— Táplálkozási felmérés és tanácsadás

A program idotartama 12 hét, mialatt a páciensek heti három alkalommal látogatnak el az ambulanciára, majd 12 hónap után utóvizsgálatnak vetik alá magukat. A három ambulancián minden egyes páciens teljes köru vizsgálatnak veti alá magát felvételkor, majd a 12 hét elteltével, végül egy év után. Ezek a vizsgálatok magukba foglalnak szurovizsgálatokat különbözo rizikófaktorokra (növekedo vércukorszint és zsírszint, súly és magasság a testtömeg-index kiszámításához, testmozgás index, táplálkozási felmérés, vérnyomásmérés, EKG, dohányzás/nem dohányzás stb.), testedzési tesztek, pszicho-szociális felmérések, valamint ortopédiai és biomechanikai értékelés. Az általános ellátásban és kórházi kardiológiai rehabilitációban részesülo csoportokat felvételkor és 12 hónap után vizsgálják meg.

A programok során 12 hétre vettek fel pácienseket és begyujtötték adataikat. A 12 hónap elteltével végzett utólagos adatgyujtés folyamatosan halad és 1999 decemberében ér véget. Már készüloben van egy ideiglenes jelentés, míg a végleges jelentést 2000 szeptemberére tervezik.

Az elmúlt 18 hónap során - a 3 program tapasztalatai révén - bebizonyosodott a kardiológiai rehabilitáció sikeres megvalósíthatósága, ambuláns formában, a jelenlegi magyarországi egészségügyi környezetben. A projekt egyik fo célja, hogy eros alapot fektessen le

ennek a modellnek a terjesztéséhez. Ilyen jellegu programokat akár most is el lehetne indítani az ország többi részében, de ezt legjobb addig halasztani, amíg az adatgyujtés és adatelemzés véget nem ér, mikor a kezelés hatékonyságáról bizonyíték is áll majd rendelkezésre. A hatékonyságot bizonyító adatok segítenek majd a megfelelo térítéssel kapcsolatos döntések meghozatalában.

Összefoglaló: Körülbelül 9 hónap van hátra ebbol a projektbol és az Egészségügyi Minisztérium folyamatos anyagi támogatására lesz szükség ahhoz, hogy sikeres befejezését és a törekvések értékelését biztosítsuk. Bízunk benne, hogy a már teljesen muködo, és ellátást nyújtó három járóbeteg-program is tovább folytatódik majd az Országos Egészségbiztosítási Pénztár segítségével. Ezek a programok költséggazdaságos modellként szolgálnak a másodlagos prevenció terén a lakosság nagy részének, akik komoly szívbetegséggel küszködnek, és akár évi 1.607.200.000 forintot lehet ily módon megspórolni (figyelembe véve a munkába visszatérok megnövekedett arányát és az ismételt kórházi ápolás elmaradásából származó nyereséget).

Affordable Quality Health Care in Hungary

„RACIONÁLIS GYÓGYSZERGAZDÁLKODÁS” PROJEKT MAGYARORSZÁGON

PROJEKT LEÍRÁS

Háttér: A magyarországi egészségügyi reformtörekvések fo célja a hatékonyság növelése és a megfizethetoség elérése. E célok elérésében azonban Magyarországnak meg kell tartania a megfelelo egyensúlyt a források megfelelo felhasználása és az egészségügyi ellátás színvonala között. A gyógyszergazdálkodás fontos tényezo ebben az egyensúlyban, mivel a gyógyszerek alapveto részét képezik a klinikai szolgáltatásoknak az egészségügyi ellátás minden szintjén és a kormány egészségügyi kiadásainak jelentos részét teszik ki (pl. 1996-ban közel 29%-ot). A közelmúltban egyre kritikusabbá vált a reformintézkedések szükségessége a gyógyszerészeti szektorban, az egyre növekvo magyarországi gyógyszerárak miatt. 1990 és 1997 között, például, a bejegyzett gyógyszerek száma Magyarországon 400%-kal emelkedett. Az elmúlt öt évben a gyógyszerek ára körülbelül 120%-kal nott.

Történeti áttekintés: 1992 óta a Racionális Gyógyszergazdálkodási Program (RPM) több mint 15 országban muködik, beleértve Oroszországot, Közép- és Kelet-Európát, Közép-Ázsiát, és a gyógyszergazdálkodás hatékonyságának, méltányosságának, és minoségének javítását szolgálja. Fo célja a forráskihelyezés és felhasználás javítása a gyógyszerészeti rendszereken belül. A projektet a Management Sciences for Health (MSH - Egészségügyi Gazdálkodástudományok) és a United States Pharmacopeial Convention, Inc. (USP - Egyesült Államok Gyógyszerészeti Szövetsége) vezeti. Finanszírozásáról az Egyesült Államok Nemzetközi Fejlesztési Hivatala (USAID) gondoskodik.

1997 vége felé a USAID magyarországi irodája felkérte az RPM-et, hogy végezzen el egy felmérést a gyógyszergyártási szektorról. A vizsgálati eredmények alapján az alábbi három szakmai területet jelölték meg az RPM tevékenységének céljaként:

- Racionalizálni kell a gyógyszerek kiválasztását az országos egészségbiztosítás számára,
- Javítani kell a kórházak gyógyszer gazdálkodási gyakorlatát,
- Ösztönözni kell a gyógyszerek ésszeru használatát az orvosok körében.

Az RPM minden egyes területen magyar partnereivel együtt dolgozott, beleértve az Országos Egészségbiztosítási Pénztárt (OEP), a Semmelweis Orvostudomány Egyetem

Egészségügyi Menedzsment Központját és a Zöld Keresztet. Az RPM magyar partnereit szakmai segítséggel és információval látta el a gyógyszerek vénykönyvrendszerének fejlesztésével és gazdálkodásával kapcsolatban, gyógyszer felhasználási felmérésekkel, és ún. „evidence-based" gyógyszerkiválasztással.

Célok: Az RPM munkájának átfogó célja a magyarországi gyógyszerellátás hatékonyságának, méltányosságának és minoségének javítása - növelve az egészségügyi szektorban leginkább érdekelt résztvevok alapismereteit a gyógyszergyártási szektor helyzetérol, rendelkezésre álló gazdálkodási eszközeirol és mechanizmusairól. Az országos egészségbiztosítási rendszeren belül a támogatásban részesülo gyógyszercsomag felmérése annak érdekében készült el, hogy megjelöljék annak módjait, hogyan lehet a gyógyszerek költségeit visszaszorítani, a beszerzés és a gyógyszer-felírás, illetve fogyasztás hatékonyságát javítani. További két felmérés készült, hogy fény derüljön a problémák fajtáira és kiterjedésére, valamint a gyógyszerek gazdálkodásában és felhasználásában elért eredményekre mind a járó betegek, mind a fekvobetegek esetében.

Módszerek és FejlÅdés:

Az országos egészségbiztosítás gyógyszer támogatási rendszerének felmérése. Az OEP-vel közösen elvégzett felmérés a gyógyszer támogatási rendszerrol azt mutatja, hogy jelentos összegeket lehetne megtakarítani anélkül, hogy ez az egészségügyi ellátás minoségének rovására menne. Ezt úgy lehetne elérni, ha az alacsony hatásfokú gyógyszereket eltávolítanák a támogatásban részesített gyógyszercsomagból, továbbá az általános és gyógyászati szerek helyettesítésének ösztönzésével, az ún. „evidence-based medicine" alapján. Az RPM számos más javaslatot is tett az OEP-nek, például az OEP kapacitásának megerosítésére a hatékonyabb adatfelhasználás érdekében. Az egészségügyi ellátással foglalkozó szervek és kórházak hatékonyabb gyógyszerfelhasználása és felírása segítene az OEP-nek kialakítani a megfelelo mechanizmusokat és beavatkozásokat, hogy a gyógyszerek ésszerubb használatát ösztönözze.

Felmérés Magyarország kórházainak gyógyszergazdálkodásáról. 150-bol 102 kórház (68%) vett részt az RPM/SOTE által végzett felmérésben, amely a kórházi vényrendszer és a gyógyszerhasználat értékelésével kapcsolatos tapasztalatokra vonatkozott - ez két igen fontos eszköz a kórházak gyógyszergazdálkodásában. Az adatok azt mutatják, hogy a válaszadó kórházak kétharmada vagy jelenleg is használ gyógyszergyujteményeket, vagy korábban használt ilyet. Ugyanakkor a kórházak 60 százaléka a listákról csak márkaneveket választ. Ezen kívül a kórházak vénylistái többnyire túl sok gyógyszert tartalmaznak: a kórházak 47%-ánál a listák több mint 600 gyógyszert tartalmaznak, másik 24%-nál ez a szám 400 és 600 között mozog. Ha a gyógyszerek általános néven és nem márkanevükön szerepelnének, és ha egy adott intézet listája csak véges számú gyógyszert tartalmazhatna, egy jól használt vényrendszer maximális elonyöket biztosíthatna a gyógyszervásárlásra rendelkezésre álló korlátozott források kihasználásában. A felmérés azt sugallja, hogy a magyar kórházaknak elonyére válna, ha több információt kapnának a kórházi vényrendszerek szisztematikus kidolgozásáról és fenntartásáról. Éppen ezért az RPM két kézikönyvet állított össze magyar nyelven, *Manual for Development*

and Maintenance of Hospital Drug Formularies és *Guidelines for Implementing Drug Utilization Review* Programs in Health Facilities címmel.

Magas vérnyomás elleni gyógyszerek felírási szokásai a magyar háziorvosok körében. Itt 800 véletlenszeruen kiválasztott, magas vérnyomással diagnosztizált páciens kórlapjait tanulmányozták. A felmérés kimutatta, hogy az orvosok a kóresetek több mint 70 százalékát a magas vérnyomás mérsékelt, illetve súlyos stádiumában diagnosztizálták, az 1996-os magyar irányvonal szerint. Az esetek hetvenkilenc százalékában a beteg több mint két vérnyomáscsökkento gyógyszert kapott, és ugyanilyen számban az egészségügyi dolgozók négy, vagy annál több vérnyomáscsökkento gyógyszert írtak fel a betegek 15 százalékának. A felmérés azt is kimutatta, hogy általában véve a gyógyszerek kiválasztása megfelel a betegségnek. Ez alól kivétel volt az, hogy az orvosok a megvizsgált betegek 13 százalékának pszicho-stimulánst írtak elo, aminek semmilyen bizonyított hatása nincs a vérnyomásra. Mivel a piacon ilyen nagy számban állnak rendelkezésre magas vérnyomást ellenorzo termékek, szükség van egyértelmu és objektív információra, amely segít a gyógyszert felíró orvosnak ésszeruen kiválasztani a leggazdaságosabb gyógyszereket. Ilyen típusú információ rendelkezésre bocsátása egy kezelési algoritmus kifejlesztését teszi szükségessé, valamint folyamatos orvosi továbbképzést az orvosok számára. Az orvosok gyógyszerhasználati szokásainak rendszeres nyomon követését is meg kellene fontolni.

Összefoglalás: A gyógyszergazdálkodás négy, egymáshoz kapcsolódó funkció sorozataként is tekintheto, amelyek együttesen a kiválasztás, beszerzés, elosztás, és felhasználás ciklusát adják. Az RPM magyarországi projektjének mindhárom tevékenysége azt bizonyítja, hogy a gyógyszerek ésszeru megválasztásának és használatának ösztönzése létfontosságú a magyar egészségügyi reformban. Országos szinten, a gyógyszergazdálkodás megerosítésének szempontjából a legkritikusabb feladat, hogy biztonságos, hatékony, bizonyítottan jó minoségu és elérheto gyógyszerek kerüljenek az egészségbiztosítás által támogatott gyógyszercsomagba. Kórházi szinten a gyógyszerek vénykönyveinek kidolgozása és fenntartása, alátámasztása egyértelmuen körülhatárolt irányvonalakkal és objektív információval növeli a hatékonyságot a beszerzési folyamatban és növeli a gyógyszerek ésszeru használatát a beteggondozásban. Orvosi szinten a leggazdaságosabb gyógyszerek használatát kell ösztönözni, egyértelmu és korszeru betegség-kezelési protokoll és objektív információk alkalmazásával. Az általános és gyógyászati szerek felülvizsgálatának ösztönzése, az „evidence-based medicine" és a gyógyszerek minoségbiztosítási rendszerével, kulcsfontosságú minden magyarországi intézkedésben, mind országos, mind ellátási szinten.

Affordable Quality Health Care in Hungary

A HBCS (DRG) BETEGOSZTÁLYOZÁSI / FINANSZÍROZÁSI RENDSZER FEJLESZTÉSE

PROJEKT LEÍRÁS

A 3M Health Information Systems (3M HIS - Egészségügyi Információs Rendszerek) projektfelelosei 1995 óta a USAID munkatársaival, a magyar Egészségügyi Minisztériummal, a Gyógyinfókkal, a Semmelweis Orvostudományi Egyetemmel és a magyar Országos Egészségbiztosítási Pénztárral dolgoztak együtt egy DHHS (Department of Health and Human Services - az amerikai egészségügyi minisztérium) szerzodés keretében. Együttmuködésük célja az Egyesült Államokban alkalmazott kórházi-, illetve ambulanciai osztályozási/csoportosítási technológia magyarországi bevezetése volt.

Háttér: Magyarország számára a HBCS (homogén betegcsoport) rendszer bevezetése óriási teljesítmény, hiszen az országban eredetileg körülbelül kilenc évvel ezelott alakult ki ez a rendszer kizárólag az Egyesült Államok szövetségi jegyzékében található információk alapján, bármilyen külso segítség nélkül. Ezt a rendszert eleinte egy olyan módszer részeként alkalmazták, amely a kórházakat kapacitásukhoz mérten, azaz kórházi ágykihasználtságuk szerint finanszírozta, ez szolgált alapul a források kihelyezéséhez. Magyarországon ez a rendszer kezdetben átlagosan egy nappal csökkentette a kórházi tartózkodási (bennfekvési) idot, s ezáltal olyan kórházi kapacitásokat szabadított fel, amelyeket hosszú távú kezelésre, illetve szociális gondozás céljából lehetett hasznosítani. Ugyanakkor a kapacitás-alapú finanszírozási rendszer sajátos ösztönzoit már 1995-ben kezdték túllépni a HBCS-rendszer ösztönzo hatásai. Amikor kezdetét vette az amerikai szakmai tanácsadás, a Magyarországon használt HBCS-k még egyáltalán nem lettek frissítve vagy módosítva, ismert hiányosságait még nem pótolták. 1995-tol a program magyar és amerikai résztvevoi sokat dolgoztak annak érdekében, hogy a HBCS-alapú finanszírozási rendszer hatékonyabbá váljon.

A projekt általános céljai: A magyar HBCS rendszer fejlesztése, olyan egészségpolitikai döntések alkalmazása, amelyek az akut gondozást szolgáló ágyak számának csökkentését ösztönzik; a fekvobeteg ellátás leváltása ambuláns ellátásra; a járóbeteg-adatok tanulmányozásának és elemzésének megkezdése egy járóbeteg osztályozási rendszer bevezetésével. A 3M HIS munkatársai és magyar kollégáik sikeresen kidolgozták a HBCS finomításáról szóló tanulmányt. Idetartozott például olyan iratok elkészítése, amelyek a különbözo HBCS rendszerek közötti különbségeket vázolják fel, bemutatják az adaptációs tényezok szükségességét, valamint a toke/amortizációs költségeknek a HBCS díjakba történo beépítésének szükségességét; a magyarországi fekvobeteg-elbocsátási adatok szerkesztése,

csoportosítása, elemzése; elozetes kórházi fekvobeteg ellátási költségvetések kidolgozása, és más ehhez kapcsolódó feladatok. A politikai döntésekre vonatkozó javaslatokat beadványokon keresztül, adatelemzések bemutatásával, formális prezentációk keretében kommunikálták az illetékes kormánytisztviseloknek. E szakmai segítségnyújtás eredményeképpen a már létezo HBCS osztályozási rendszer módosult, a kapacitáson alapuló finanszírozási rendszert 100 százalékosban felváltotta a HBCS-alapú finanszírozási modell, bevezetésre került a járó betegek adatainak vizsgálata az Ambulatory Patient Groups (APG), azaz ambuláns betegcsoportok osztályozási rendszer felhasználásával, valamint új politikai döntések is születtek a HBCS-vel kapcsolatban (pl. a „gurrancy" szabály a kórházi újra-felvételi díjak meghatározására).

Az akut ellátást szolgáló ágyak száma csökkent, azonban nem a HBCS-k használatának köszönhetoen, hanem inkább egy kormányrendelet által. Bizonyos esetekben megemelkedett a járóbeteg szakellátás, de még mindig sok olyan kórházi kezelési forma van, amelyet nem lehetett ambuláns ellátás keretébe áthelyezni. Az Országos Egészségügyi Pénztár (OEP) már foglalkozik ezzel a kérdéssel. Annak ellenére, hogy jelentos volt az érdeklodés egy APG megvalósíthatósági tanulmány elvégzése iránt, a klinikák nem rendelkeztek elegendo forrással ahhoz, hogy adataikat összegyujtsék és benyújtsák, és a kormány sem tudta ezt finanszírozni. Ezért csak néhány elozetes elemzés készült el a Semmelweis Orvostudományi Egyetem és a Szekszárdi Kórház ambulanciás adatainak felhasználásával. Ezeket a 3M és a Gyógyinfók (OEP) munkatársai készítették el, illetve vizsgálták felül.
Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár nagy lépéseket tett meg 1999 elso félévében a Professzori Tanácsadó Csoport felállításával, melynek feladata a HBCS adatok megvizsgálása a klinikai pontosság, homogeneitás, és a kódolás szempontjából, esetleges csalás, illetve visszaélési lehetoségek elkerülése végett. Ez a csoport rendkívüli elhivatottságról tett tanúbizonyságot a HBCS használatának hatékonyabbá tételében. Az elkövetkezo évben az OEP várhatóan szoros együttmuködésben fog dolgozni a Gyógyinfókkal és a kórházakkal, hogy együtt tovább finomítsák a HBCS finanszírozási rendszert és az ambuláns betegek adatainak vizsgálatát.

Eddig elért eredmények: Az osztályozási rendszeren belül a magyar kollégák sikeresen megértették és elsajátították a kódolási és csoportosítási kérdéseket. Eddig az alábbi eredményeket sikerült elérni:

- A magyar felek magyar DRG-ket (diagnosis related groups) dolgoztak ki HBCS néven (homogén betegcsoport), eleinte HCFA-HBCS-k felhasználásával, majd késobb, 1997-ben, ezeket korszerusítették a 3M által kidolgozott minden betegre kiterjedo HBCS-vel.

- Áttérés a kapacitáson alapuló finanszírozási rendszerrol a teljes mértékben HBCS-alapú finanszírozási rendszerre.

- Megszunt a beutalásonként ismételt, többszörös HBCS finanszírozás.

- A kórházi részlegek sokszorosító tényezoinek megszüntetése
- A „gurrancy" szabály létrehozása a betegek ismételt beutalási díjainak megszabásában
- Az adatszolgáltatás kötelezové tétele a Gyógyinfók felé (fekvobeteg és járóbeteg adatok)
- A HBCS használatának tudatosítása Magyarországon
- Egy Szakmai Tanácsadó Csoport létrehozása az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által

További vizsgálatokat és fejlesztést igényl Å területek: Az osztályozási rendszer csak része a teljes finanszírozási modellnek, önmagában nem lehet felelos a finanszírozási rendszer hatékony muködéséért. Egy hatékony finanszírozási rendszer attól is függ, hogy a kormány képes-e olyan politikai ösztönzoket/fizetési szabályokat alkalmazni, amelyek következetesek/ párhuzamosak a HBCS-alapú finanszírozási rendszer ösztönzo hatásaival. Magyarországon éppen ez az, ami még nem muködik optimálisan.

Számos olyan kulcsfontosságú kérdés van, amellyel a felsobb szintu döntéshozóknak kell foglalkozniuk annak érdekében, hogy a leheto legtöbbet hozzák ki a HBCS-alapú finanszírozási rendszerbol. A szükséges tokét például az egészségügyi finanszírozási rendszeren belül kell biztosítani, a HBCS-n keresztül. Létre kell hozni egy minoségbiztosítási, illetve minoségellenorzo csoportot, amely foglalkozik mind az ellátás színvonalával, mind a kódrendszer fejlesztési kérdéseivel (az OEP már elkezdett foglalkozni ezzel). Azáltal, hogy a magyar kórházak részlegekre/osztályokra vannak felosztva, a részlegvezetok elsosorban saját osztályuk érdekeit tartják szem elott, és nem a kórház egészének érdekeit. Mivel a páciensek kórházi tartózkodásuk alatt gyakran fizetnek az orvosoknak, az orvos számára elonyös, ha az ágyak foglaltak (nem is beszélve a páciensek elvárásairól, hogy egy bizonyos ellátásban részesüljenek). Ez az ösztönzo éppen ellentétes a HBCS céljával - a tartózkodási ido lecsökkentése a megfelelo szintre. Az orvosok jövedelme állítólag alacsony, ami arra késztetheti oket, hogy elfogadják a „borítékokat". Ezek a kérdések érdekütközéshez vezethetnek, ahogy az orvosok és a kórházigazgatók egyrészrol a fenti hatások, másrészrol a HBCS-alapú finanszírozási rendszer, illetve az egészségügyi döntéshozók ösztönzoi között találják magukat. Ezért fontosak az alábbiak:

- Bizonyos típusú kórházak számára kisebb módosítások, engedmények szükségesek, amelyek figyelembe veszik a kórházak közötti valós különbségeket (pl. rendhagyó térítés biztosítása egy országos intézet számára felismeri, hogy az adott intézet különleges igényekkel rendelkezik, szüksége van bizonyos kapacitásokra, forrásokra).

- A „borítékpénzek", illetve az orvosi hálapénzek megszüntetése (vagy hivatalos elismerése)

- Minoségbiztosítási szervezet létrehozása, mint például az amerikai „peer review" szervezetek

- A kórházigazgatók továbbképzése, tréningprogramok a hatékony HBCS-alapú kórházvezetés terén

- Tréning a kódrendszer elsajátításában azon kórházi dolgozók/orvosok számára, akik a betegek kórlapjaival és HBCS kódolással foglalkoznak

- A „Csillag" (*) HBCS-k használatának megszüntetése, mivel ez a kórházi vezetoség döntéseivel ellentétesen hat.

Amíg ezek a kérdések nem oldódnak meg, nem számíthatunk a tartózkodási ido csökkenésének és a minoség javulásának oly mértéku megvalósulására, mint amire általában számíthatnák a HBCS-alapú finanszírozás keretében.

Affordable Quality Health Care in Hungary

CASEMAPPING OKTATÁSI PROJEKT A MAGYAR KÓRHÁZAK SZÁMÁRA

PROJEKT LEÍRÁS

Cél: A magyar kórházak számára kidolgozott „casemapping" (kóreset feltérképezési eljárás) oktatási projektjének célja, hogy a magyar kórházak minoségbiztosítási és költséggazdálkodási rendszereinek hatékonyságát erosítse.

Háttér: Ez a projekt egy korábbi, 1995-ös kezdeményezéssel indult, amely a Flór Ferenc és a Katai Gábor Kórház nevéhez fuzodik. A Népjóléti Minisztériumból Dr. Varga Piroska és Dr. Lepes Péter támogatták a projektet, mivel más törekvésekhez is kapcsolódott. George J. Pogan és Geoffrey Liss a Magyar-Amerikai Koalíció tagjai, oket Dr. Perge Judith belgyógyász, Mészáros-Hakucsák Erika fonovér, ápolási igazgató és Kondi László, a karcagi Katai Gábor kórház informatikai szakembere segítették.

Az oktatás módszertana: A project biztosította a vizsgálati eljárásokat és anyagokat a befogadó kórház ellátási költségeinek és minoségének diagnózis-specifikus felméréséhez. A project többnyire gyakorlati kóreset-kidolgozásra, feltérképezésre irányult, amit a résztvevok kiscsoportokban gyakoroltak, majd ezeket összehasonlították a tényleges esetleírásokkal, amelyeket egy másik kórházban készítettek ugyanarról a diagnózisról. Nyílt fórum keretében hasonlították össze az eljárásokat és az eredményeket. Ezt követoen minden csoport választott egy koordinátort, aki jelentést adott a kiscsoportos ülések eredményeirol. Az eredményeket megbeszélték és összehasonlították más példákkal, amelyeket a tanácsadók adtak meg. A kiválasztott diagnózisok a következok voltak: tüdogyulladás, epeko, szívroham, csípo visszahelyezés és krónikus tüdoelzáródás. A projekt végén a résztvevoknek átadták az összes esetleírást, amely az egyes helyszíneken kidolgozásra került.

A projekt 1998. november 8. és november 25. között zajlott le. Az elso kórház a Margit Kórház volt, Csornán; a második a Markuszovsky Kórház, Szombathelyen; a harmadik az Országos Rehabilitációs Intézet; a negyedik a Debreceni Orvostudományi Egyetem (DOTE); és végül az ötödik a karcagi Katai Gábor Kórház.

Az öt ülésen tizennyolc kórház képviseltette magát. A résztvevok száma összesen 162 volt, képviselve a kórházakban fellelheto képességek és ismeretek széles körét.

A résztvevoknek a szemináriumok elott, illetve után kérdoívet kellett kitölteniük, hogy ezek visszacsatolásként és értékelési eszközként szolgáljanak. 66 százalékos válaszadási rátát sikerült elérni.

Összefoglaló a szeminárium elÅtt kitöltött kérdÅívre adott válaszokról: A szeminárium elotti kérdoív azt mutatta, hogy: (1) a casemapping az orvos tekintélyét semmiképpen nem fenyegeti; (2) a kezelési napok számának csökkentése nem jelent kevesebb fizetést; (3) a kezelési napok számának csökkentése nem jár a költségvetés csökkentésével, vagy az engedélyezett kórházi ágyak számának csökkentésével.

- 80% úgy érezte, hogy az orvosokat meg kell gyozni, hogy változtassanak hozzáállásukon, ahhoz, hogy egy casemapping rendszer hatékony lehessen.

- 75% szerint a betegek nem elégedettebbek az ellátással attól, ha a vártnál tovább kell kórházban maradniuk.

- a válaszadók 93%-a rendszeresen beszélget munkatársaival a betegellátással kapcsolatos kérdésekrol.

- a kórházak 48%-a nem használta még a casemapping-et, 50%-uk használta, de kizárólag minoségjavításra.

A szeminárium utáni kérdÅívre adott válaszok összefoglalása:

- A casemapping használatával kapcsolatos érdeklodés 85%-ban pozitív.

- A válaszadók 74%-a állította azt, hogy szívesen szerezne bizonyítványt/tanúsítványt casemapping-bol, ha erre adódna lehetoség.

- A résztvevok a legérdekesebbnek a workshop-ot és az összehasonlításokat találták (88.6%). A legkevésbé érdekes rész - bár a válaszadók 66% azt mondta, egyetlen részt sem talált „a legkevésbé érdekesnek" - 16% szerint a nyitó prezentációk voltak.

- A jövoben az alábbi témákkal kapcsolatban szeretnének információkat kapni újabb programok keretében:

  1. Finanszírozás
  2. Összehasonlítás más kórházakkal
  3. Minden információ, továbbra is
  4. További lehetoségek Magyarországon
  5. Ambuláns szakellátás

- 91.4% egyetértett azzal, hogy a multidiszciplináris casemapping használata javítja az ellátás eredményességét.

Javaslatok:

- Az OEP-nek ki kellene alakítania a megfelelo keretet, és pénzügyi ösztönzoket kellene alkalmaznia annak érdekében, hogy az egyes kórházakat ösztönözze a casemapping használatára, és jutalmaznia kellene azokat a kórházakat, amelyek sikeresen javították az ellátás minoségét és csökkentették a költségeit.

- Szükséges lenne az Egészségügyi Minisztériumon belül egy információs központot létrehozni, valamint a minisztérium rendelkezésére bocsátani egy listát mindazon kórházban dolgozó egészségügyi szakemberekrol, akik casemapping képzésben vettek részt (a használatában és az oktatásában), hogy ezt felhasználhassa más kórházak oktatására és továbbképzésére.

- Egy hírlevél idoszakos megjelentetése az egyes kórházak által elért kiemelkedo eredmények közzétételére, az ellátás minoségével és költségeivel kapcsolatos információk, valamint az ezen a téren elért fejlodés kommunikációjára szolgáló eszközként.

- Egy tanúsítási program kifejlesztése egészségügyi szakemberek számára, amely a casemapping használatát minoség- és költségelemzési eszközként vezetné be.

- Országszerte kiegészíto programokat kellene szervezni azon kórházak számára, amelyek részt vettek ebben a projektben, finanszírozási lehetoségeket, alapítványokat kellene felkeresni a programok finanszírozására.

- Egy utó-program finanszírozása monitoring és tanácsadás céljából a 18 résztvevo kórház számára, ezen módszerek intézményesítése és használatuk terjesztése az intézeteken belül, a folyamatos törekvések felmérése, értékelése, hogy kiderüljön megfelelo források és erofeszítések kerülnek-e felhasználásra, és annak felmérése, hogy az alkalmazott megközelítés mennyire hatékony a munka elindításában az egyes kórházakon belül.

- További Internet források kerüljenek kidolgozásra és terjesztésre a résztvevo kórházak számára, hogy viszonyítási alapként használhassák saját minoségfejlesztési és költségcsökkentési törekvéseikhez.

George J. Pogan, MHA, FACHE és Geoffrey D. Liss, MBA.

Affordable Quality Health Care in Hungary

TECHNOLÓGIAI FELMÉRÉS ÉS KAPACITÁSNÖVELÉS AZ „EVIDENCE-BASED MEDICINE”-BEN

PROJEKT LEÍRÁS

A Health Technology Assessment (HTA - egészségügyi technológiai felmérés) és az Evidenced-Based Medicine (EBM) projekt elsosorban tanácsadással foglalkozott a koncepciók, felhasználási módok, politikai vonatkozások és a kapacitásnövelési igények terén. A projekt 1996 júniusában indult és három fázisból állt. 1998 júniusában újraindították. A projekt az alábbiakat foglalja magában:

1) a HTA és az EBM alapkoncepcióinak és módszereinek bemutatása és megvitatása;

2) célirányos törekvések a kapacitásnövelés terén; valamint

3) közvetlen konzultáció az Egészségügyi Minisztériummal és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral (OEP) az alkalmazási kapacitással kapcsolatban.

A második fázisban tanácsadás folyt az érték-alapú beszerzés terén az OEP foigazgatójának felkérésére.

A projekt elso fázisához tartozott az 1996 júniusában megtartott visegrádi konferencia. A visegrádi konferencián eloadásokat tartottak a bizonyíték-alapú módszerrol, minoségi kezdeményezésekrol, klinikai irányvonalakról, HTA-ról és szerepérol a döntéshozatalban. Kétéves hiátus után, 1998 márciusa és júniusa között új erofeszítéseket tettek a konferencia utómunkálatainak keretében az EBM kapacitás bevezetéséért a MEDINFO-ba. 1998 októberében a project munkatársai és magyar partnereik részt vettek a Budapesten megrendezett ISQUA konferencián, hogy megismerkedjenek az európai HTA/EBM törekvésekkel. Szakmai segítséget nyújtottak két HTA projektben.

Az EM és az OEP felkérésére a projekt második fázisában - az új kormány beiktatásával - módosultak a korábbi törekvések. Egészen pontosan az EM segítséget kért egy National Institute for Health Care Policy and Research (NIHCPR - országos egészségpolitikai és kutató intézet) felállításában, míg az OEP abban kért segítséget, hogy milyen módszerrrel válhatna egészségügyi szempontból nyereségessé, mostani ráfizetésessége helyett. Ezáltal a HTA/EBM koncepciók helyett olyan specifikus tanácsadás került a középpontba, amely egy szervezeti kapacitás létrehozására irányul. Egy februári látogatás során a DHHS két részlegének képviseloi a Health Care Financing Administration (HCFA) és az Agency for Health Care Policy Research

(AHCPR)-tol tanácsokkal látták el a Minisztériumot az NIHCPR létrehozását illetoen. Márciusban egy - amerikai állami és magánszektorbeli szakemberekbol álló - testület egyhetes szeminárium- és konzultáció-sorozatot tartott az EBM kapacitásbovítésrol, az érték-alapú beszerzésrol, különleges hangsúlyt fektetve a politikai alkalmazásokra.

A harmadik fázis jelenleg is tart, és idetartozik a mindennapos tanácsadás az EBM-kapacitások létrehozásában, illetve bovítésében, mind a Minisztériumban, mind az OEP-ben. Májusban és júniusban a projekt munkatársai mindkét szervezetnél dolgoznak majd. A project dolgozói kidolgoztak egy sor célkituzést és kritikus sikertényezot is az NIHCPR létrehozásához, amelyek mintaként szolgálhatnak az intézet kezdeti tevékenységéhez.

Áprilisban a DHHS szakértoi részt vettek egy magyar delegáció washingtoni látogatásában, melynek során a delegáció megismerkedhetett azokkal az amerikai állami és magánszervezetekkel, amelyek részt vesznek az egészségügyi ellátásban, beszerzésben, térítésben, és szabályozásban. A delegáció ellátogatott a HCFA-hoz és az AHCPR-hez, hogy megvitassák a beszerzéssel és az EBM-mel kapcsolatos kérdéseket.

Ezen kívül tervbe vették az OEP és az EM dolgozóinak júniusi továbbképzési programját, az Egyesült Államokban. A Blue Cross Blue Shield Association Technology Evaluation Center felajánlotta, hogy két személyt fogad, hogy megismertesse oket különbözo HTA/EBM feladatokkal, amelyek létfontosságúak a magyar kapacitásnövelési és politikai törekvésekben.

Affordable Quality Health Care in Hungary

KONTAKTSZEMÉLYEK ÉS CÍMEK
A KÜLÖNBÖZÄ PROJEKTEKKEL KAPCSOLATOS ANYAGOKHOZ

Evidence-Based Medicine
Steven H. Sheingold, Ph.D.
Igazgató
Division of Program Analysis and Performance Management
Center for Health Plans and Providers
Health Care Financing Administration
7500 Security Boulevard, MS S3-02-01
Baltimore, MD 21244-1850
Tel: 410 786 0277
Fax: 410 786 0322
E-mail: ssheingold@hcfa.gov

Ambuláns Kardiológiai Rehabilitáció
Mary A. Cummings, Dr.P.H., R.N.
Health Scientist Administrator
Center for Outcomes and Effectiveness Research
Agency for Health Care Policy and Research
6010 Executive Boulevard, Suite 300
Rockville, Maryland 20852
Tel: 301 594 2417
Fax: 301 594 3211
E-mail: mcumming@ahcpr.gov

Betegosztályozás / HBCS
Jugna Shah
3M/Health Information Systems
12501 Prosperity Drive, Suite 150
Silver Spring, Maryland 20904
Tel: 301 625 7112
Fax: 301 625 7101
E-mail: jjshah@mmm.com

Racionális Gyógyszergazdálkodás
Tomoko Fujisaki, M.P.H.
Magyarországi Országos Projekt Vezeto
Management Sciences for Health, Inc.
165 Allandale Road
Boston, MA 02130-3400
Tel: 617 524 7799
Fax: 617 524 2825
E-mail: tfujisaki@msh.org

Casemapping Oktatás
George J. Pogan, FACHE
Rehab on Site, Inc.
18961 River's Edge
Chagrin Falls, OH 44023
Tel: 440 543 8199
Fax: 440 543 1699
E-mail: gpogan@rehabonsite.com

USAID/Magyarország – 1999.07.31-ig
Babosik Katalin
Senior Health Advisor, USAID
Granite Tower Bank Center
Szabadság tér 7-8, 4. emelet
Budapest
Tel: 36 1 302 6400
Fax: 36 1 302 0693
E-mail: kbabosik@usaid.gov

USAID/Washington
Wendy Wallace
USAID/Europe and New Independent States
1300 Pennsylvania Avenue, N.W.
Ronald Reagan Building, 5th floor
Washington, D.C. 20523-5100
Tel: 202 712 1413
Fax: 202 216 3409
E-mail: wwallace@usaid.gov

DHHS

Mrs. Terry Gay
International Health Officer
Office of International and Refugee Health
5600 Fishers Lane, Room 18-90
Rockville, Maryland 20857
Tel: 301 443 9428
Fax: 301 443 0742
E-mail: tgay@osophs.dhhs.gov