

Leren van problemen uit het buite

De gezondheidszorg in Hongarije kent veel dezelfde uitdagingen als Nederland, maar de problemen zijn daar nog groter. Het land heeft te kampen met problemen zoals vergrijzing, een tekort aan zorgverleners en een krap budget. Daarnaast is er de afgelopen jaren een aantal ingrijpende maatregelen doorgevoerd om de economische crisis het hoofd te bieden. Het is interessant om te zien hoe de historische en culturele verschillen de veranderingsstrategie van het land beïnvloeden.



Er wonen bijna tien miljoen mensen in Hongarije. Het land heeft in 1989 het juk van het communistisch bewind van zich afgeschud, en is inmiddels al 26 jaar een democratie. Hongarije is lid van de EU, maar heeft de euro niet ingevoerd. Economisch heeft het land het zwaar. Het gemiddeld inkomen bedraagt circa 16 duizend euro per jaar: dat is minder dan de helft van het gemiddeld inkomen in Nederland. Er is een groot zwart circuit, dat twintig tot vijfentwintig procent van de formele economie bedraagt. De bevolking krimpt en vergrijs. Mannen worden gemiddeld 69 jaar, vrouwen 76 jaar. Er zijn grote inkomens- en gezondheidsverschillen. De regio Boedapest en enkele toeristische regio's zijn relatief rijk, maar van het Romavolk leeft circa zeventig procent onder de armoedegrens. Dit zijn naar schatting 500 duizend personen, maar een exact aantal is niet bekend.

Nationaal systeem

Er is een nationaal gezondheidszorgsysteem. Van het bruto nationaal product wordt acht procent aan gezondheid(szorg) besteed. De transactiekosten zijn slechts één procent van het budget van het National Health Insurance Fund dat achtentwintig procent van het macrobudget besteedt (bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid Nederland 2010). Het land is verdeeld in negentien *counties* die vooral centraal worden aangestuurd. Er zijn honderd ziekenhuizen met gemiddeld vierhonderd bedden op 100 duizend inwoners. De afgelopen vijf jaar is zo'n vijf procent van de ziekenhuizen omgebouwd tot langdurige zorgvoorziening. De streefnorm is driehonderd bedden op de 100 duizend inwoners, maar dat is alleen mogelijk als tegelijkertijd de eerstelijnszorg en e-health worden uitgebouwd.

De eerstelijnszorg bestaat vooral uit private ondernemers. Er zijn 6500 huisartsen die vaak een-op-een met een verpleegkundige werken. Daarnaast zijn er 2500 tandartsen. Met name in de stedelijke gebieden wordt de zorg voor kinderen door kinderartsen verricht. Patiënten hebben een vrije artskenkeuze en zijn verplicht ingeschreven. Ze mogen één keer per jaar switchen. De eigen betalingen voor meer service, een betere behandeling of kortere wachttijden lopen op van dertig tot vijfendertig procent van de kosten.

Tekort aan zorgverleners

Er is nu al een tekort aan huisartsen, tandartsen en verpleegkundigen. Inmiddels zijn er 215 huisartsenpraktijken (drie procent) die niet bezet zijn, deze bevinden zich vooral in de rurale gebieden. Naar verwachting zal dit aantal alleen maar toenemen.



De meeste huisartsen hebben al een eerdere loopbaan achter de rug, de instroomleeftijd ligt dan ook op gemiddeld veertig jaar. De beroepsgroep vergrijsd daardoor in rap tempo. De komende tien jaar zullen vierduizend huisartsen uitstromen; dat is meer dan zestig procent van de beroepsgroep. Daarnaast emigreren veel zorgverleners, terwijl de instroom stagneert.

De werkdruk is hoog. Een huisarts besteedt vijf à zes uur aan directe patiëntenzorg en heeft daarnaast veel administratie. Zo mogen bepaalde medicijnen alleen door medisch specialisten worden voorgeschreven of moet er eerst doorverwezen worden naar paramedische zorg. Er komen vijftig tot

verpleegkundige kan een bonus verkregen worden. Daarnaast vullen artsen hun inkomen aan door “informele betaalingen”. De *goodwill* voor een huisartsenpraktijk bedraagt tussen de 3500 en 20 duizend euro. Dat kan dus oplopen tot een jaarsalaris en blokkeert de toch al lage instroom nog verder. Kortom, een zorgelijke situatie.

Forse maatregelen

Hoewel de gemiddelde regering anderhalf jaar in het zadel zit, heeft de voormalige minister van Volksgezondheid, Miklos Szocska, het vier jaar volgehouden in de periode 2010-2014. Tijdens de masterclass heeft hij over zijn ervaringen verteld.

Hongarije heeft zich op het gebied van e-health onder andere laten inspireren door Nederland

zestig patiënten per dag in een praktijk, waarvan de praktijkverpleegkundige er ook een aantal ziet. Een huisarts moet soms vanuit de gemeente 24 uursdiensten verrichten. In dunbevolkte regio's is er geen alternatief en gebeurt dit “vrijwillig”. De huisartsinformatiesystemen (HIS) werken soms nog op DOS-systemen en zijn onhandig en onbetrouwbaar.

Ondanks de verhoging van het inkomen tijdens de financiële crisis en het instellen van het versterkingsprogramma eerstelijnszorg, is het inkomen van zorgprofessionals nog steeds laag. Een huisarts krijgt omgerekend 4000 euro per maand, maar moet daar ook de doktersassistente en praktijkkosten van betalen. Huisartsenbekostiging is deels een vaste (77 procent) en deels een variabele vergoeding (23 procent). Door kwaliteit, regiotoeslag, controle op verzekering en in dienst nemen van een

In die periode is een aantal ferme maatregelen genomen. Het was nodig, want er was een meervoudige crisis (zeven procent economische teruggang in 2008) en het systeem moest worden aangepast. Ten eerste wist men te weinig over patiënten, subpopulaties en gezondheidskenmerken. Ten tweede moest men de gefragmenteerde gezondheidszorg voorzien van meer coördinatie en afstemming. En tot slot moesten de ontbrekende randvoorwaarden worden ingevuld: goed bestuur, informatievoorziening en vooral de burger betrekken in zijn eigen gezondheidstoestand. Deze uitdagingen vonden plaats tijdens de wereldwijde economische crisis, waar Hongarije ook de gevolgen van ondervond. Zo was er bij de start van het jaar 2010 al een tekort in het gezondheidsbudget, omdat in 2009 al

tien procent van het budget voor 2010 opgebruikt was.

De crisis heeft een klimaat geschapen waarin forse maatregelen werden genomen. Zo werd een belasting op ongezonde voeding ingevoerd (onder andere op Coca Cola en chips) en werd roken verboden in openbare ruimten, hotels, bars en restaurants. Het geld dat via de belasting werd opgehaald, werd geïnvesteerd in gezondheidspreventie, inkomensverhoging van de huisartsen en een nieuw nationaal ict *cloud*-systeem dat op het moment in ontwikkeling is en eind 2015 operationeel moet worden. De orgaantransplantatie is op Europese leest geschoeid. Ook de wijkverpleegkundigenopleiding moest worden gereorganiseerd en geherpositioneerd. Daarnaast moet e-health ervoor zorgen dat de zorg toegankelijk blijft (in rurale gebieden) en de patiënt meer zelf gaat participeren. Hongarije heeft zich hiervoor onder andere laten inspireren door Nederland. Op een van de eerste dia's tijdens de masterclass kwam Lucien Engelen in beeld als e-healthgoeroe. De EU draagt ook fors bij aan de modernisering





van de gezondheidszorg via projecten en subsidies.

Door het nationale gezondheidssysteem profiteert de gehele maatschappij van de effecten van preventie, daarom wordt hier zwaar op ingezet. Een voorbeeld zijn de landelijke sportnachten: tijdens zo'n sportnacht dansten op een groot plein in Boedapest 7000 vrouwen Zumba. Dit moet tot een paradigmaverandering leiden en meer mensen tot bewegen aanzetten.

De mogelijke investeringen worden op meerdere plaatsen terugverdiend. Tegelijk wordt *big data* gebruikt om de druk op de farmacie op te voeren en kosten te verlagen of heralloceren, zonder de patiënt te treffen.

Swiss-Hungarian project

Een bijzonder project wordt gefinancierd door Zwitserland. Doel is om het welzijn en de gezondheid van de Roma in Hongarije te verbeteren en daarmee illegale immigratie in Zwitserland te voorkomen. Vanzelfsprekend is dat niet als formele reden gegeven. Het project duurt vijf jaar. De basis wordt gevormd door clusters

van samenwerkende huisartsen, aangevuld met paramedische zorgverleners en verpleegkundigen. Zij zetten actief in op preventie: zo wordt de hele bevolking gescreend, zijn er chronische zorgprogramma's, integrale zorgpaden en multidisciplinaire aanpak en gedragsbeïnvloeding door coaches die uit de eigen groep zijn opgeleid. Er zijn nog geen officiële resultaten, maar het project moet model staan voor de modernisering van de gehele eerstelijnszorg.

Historische en culturele verschillen

De cultuur en mentaliteit van de politiek heeft kenmerken van het oude en nieuwe systeem. Privacy is geen groot issue voor de regering. Men redeneert dat grote bedrijven als Google de informatie ook hebben en zien alleen maar voordelen als de overheid daarvan gebruik kan maken. Dit wordt versterkt door de urgentie om te veranderen, gezien de crisis waarin het land verkeert. Er wordt daarom op grote schaal gebruik gemaakt van een opt-outregeling: de burger moet zelf actief aangeven dat de informatie over hem/haar niet gebruikt

mag worden. Gezien de opstelling van de regering is het echter de vraag of dat in alle gevallen gerespecteerd wordt. Er heerst een diepgewortelde opvatting dat de maatschappij boven het belang van het individu gaat. Bij vragen over deze problematiek was de vertwijfeling bij de inleiders van de masterclass waarneembaar en werd verwezen naar een brede maatschappelijke discussie die nog plaats zou moeten vinden.

Leiderschap en ondernemerschap zijn dun gezaaid in Hongarije en hierdoor stagneren vooral regionale en lokale oplossingen. Het is vooral "ieder voor zich", en er is minder sprake van samenwerking en het nemen van maatschappelijke verantwoordelijkheid. De gefragmenteerde organisatie van de specialistische, reguliere zorg, spoedzorg, moeder- en kindzorg helpen daar niet bij. Daarnaast zijn er ook nog instanties en groepen die tegenwerken en de eigen positie verdedigen. Dat stokt de noodzakelijke vooruitgang. <<

Jan Erik de Wildt

Dinny de Bakker

