

*Commercialisering van de
Hongaarse gezondheidszorg*

Aan de beterende hand?

Evenals in de andere landen van Oost-Europa hebben de sociaal-economische en politieke veranderingen in Hongarije ook grote gevolgen voor het stelsel van gezondheidszorg. Het door de communisten opgezette systeem was kostbaar en inefficiënt. Inmiddels hebben commercialisering en privatisering hun intrede gedaan. Maar de obstakels zijn legio. In deze bijdrage volgt een schets van dilemma's, mogelijkheden en onmogelijkheden op de weg naar een nieuw stelsel van gezondheidszorg.

In Europa domineren twee systemen van gezondheidszorg. Ten eerste is er het Britse stelsel - een centraal geleid en uitgevoerd systeem dat hoofdzakelijk wordt gefinancierd uit belastingopbrengsten. Daarnaast bestaat het zogenaamde Duitse verzekeringsconcept, met als kenmerken het voor verzekerden verplichte karakter, de koppeling aan de werksituatie, inkomensafhankelijke premies en het bestaan van een inkomensgrens (zoals in Nederland).

Voor de Tweede Wereldoorlog was de Hongaarse gezondheidszorg gebaseerd op het Duitse stelsel met een verplicht ziekenfondssysteem voor mensen met een inkomen beneden een bepaalde loongrens. De ziekenfondsen waren geordend naar regio of beroepsgroep. Dertig procent van de Hongaren was op deze manier verzekerd. De rest van de bevolking diende de genoten zorg rechtstreeks aan de arts of het ziekenhuis te betalen.

Na de Tweede Wereldoorlog implementeerden de aan de macht gekomen communisten het Britse stelsel. Als voorbeeld dienden de gezondheidszorgsystemen van de Sovjet-Unie en Groot-Brittannië. De Hongaarse staat financierde sindsdien de gezondheidszorg uit de algemene middelen en de hele bevolking had in principe recht op gratis medische zorg. De overheid was verantwoordelijk voor de sturing en uitvoering van de medische dienstverlening en richtte zich met name op een verhoging van de kwantiteit van de medische zorg (meer bedden en meer artsen), het oprichten van medische voorzieningen binnen bedrijven (ongeveer 8 procent van de artsen werkte binnen een bedrijf) en de ontwikkeling van een netwerk van buiten het ziekenhuis gevestigde poliklinieken¹.

Aan het einde van de jaren zestig kreeg de gezondheidszorg echter een lagere prioriteit. De machthebbers in Hongarije verschoven de aandacht van het sociaal-politieke vlak naar de economie. De gezondheidszorg werd zelfs het sluitstuk van de begroting en de investeringen in de gezondheidszorg stagneerden. De ziekenhuisbudgetten liepen terug, waardoor de ziekenhuizen minder goed onderhouden konden worden en er minder nieuwe apparatuur kon worden aangeschaft. Daarnaast raakten de werknemers in de gezondheidszorg gedemotiveerd doordat hun toch al lage salarissen nog verder afnamen.

Tot voor enkele jaren kregen de ziekenhuizen ieder jaar een budget toegekend op basis van de gemaakte kosten in het voorgaande jaar. Hoe hoger de uitgaven van een instelling, hoe hoger het budget in het volgende jaar. De ziekenhuizen werden daardoor niet gestimuleerd efficiënt met de middelen om te gaan.

Ook de artsen hadden geen behoefte efficiënter te werken. Zij kregen iedere maand een vast salaris. Dit salaris was wel dusdanig laag, dat de artsen zich genoodzaakt achtten onderhandse betalingen te eisen van de patiënten. De patiënten toonden begrip voor de beroerde financiële situatie van de artsen en boden weinig weerstand. Exacte informatie over de omvang van de onderhandse betalingen ontbreekt, maar schattingen variëren van 15 tot 20 procent van de totale uitgaven in de gezondheidszorg. Deze om-

Jörgen Marrée is als onderzoeker verbonden aan het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) te Utrecht.

vangrijke betalingen hadden tot gevolg dat de artsen voornamelijk geïnteresseerd raakten in het behandelen van zoveel mogelijk patiënten en minder oog kregen voor hun gezondheidstoestand.

Inkomensafhankelijke premies

Nadat in 1989 een politieke kentering optrad, ontwierpen politici, ambtenaren en buitenlandse adviseurs diverse hervormingsvoorstellen om de efficiëntie van de Hongaarse gezondheidszorg te verhogen. Een ander, zo niet belangrijker, uitgangspunt was een verbetering van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking. De levensverwachting in Hongarije (in 1992: 69 jaar) behoort namelijk tot de laagste in Europa. Alleen Roemenië (70 jaar) en de landen van de voormalige Sovjet-Unie (69 jaar) vertonen vergelijkbare cijfers. Een kwalitatief slechte gezondheidszorg en ongezonde leefgewoonten zoals overmatig roken en drinken zijn debet aan deze situatie. Daarnaast spelen beperkte lichamelijke activiteit, stress en ongezonde voeding een rol. De gezondheid van de bevolking van Boedapest en de industriële gebieden wordt bovendien negatief beïnvloed door ernstige milieuverontreiniging.

De ministers van Financiën en Sociale Zaken van de regering van József Antall stelden voor het stelsel van de sociale zekerheid geleidelijk om te vormen tot een, gedeeltelijk geprivatiseerd, westers systeem. Zij achtten dit een noodzakelijke stap om de uit de hand gelopen uitgaven aan de sociale zekerheid te beteugelen en de overheidsuitgaven in lijn te brengen met de eis van het Internationaal Monetair Fonds (IMF) - een begrotingstekort van minder dan 5,6 procent - voor het verkrijgen van nieuwe leningen.

In 1990 heeft de Hongaarse regering het centralistische Britse stelsel (gefinancierd uit de algemene middelen en met gratis medische zorg voor de gehele bevolking) aan de kant gezet en wederom gekozen voor het Duitse concept, met een verplichte sociale verzekering en inkomensafhankelijke premies. De verzekeringspremies worden geïnd door het Sociaal Verzekeringsfonds. Dit autonome uitvoeringsorgaan is verantwoordelijk voor zowel de uitgaven als de inkomsten van de algemene ziektekostenverzekering en de andere sociale verzekeringen (zoals bijvoorbeeld de pensioenvoorziening). Alle werkkenden zijn verplicht verzekerd bij dit fonds. Net zo als in Nederland, wordt de premie betaald door zowel werkgevers als werknemers. De sociale ziektekostenpremie is inkomensafhankelijk; de werknemers betalen

4 procent van hun salaris en de werkgever betaalt het equivalent van 19,5 procent van dit salaris. De staat voorziet in de premiebetaling van mensen met een werkloosheidsuitkering of een pensioen. De rest van de bevolking is niet verplicht verzekerd en heeft de keuze zich vrijwillig bij het fonds aan te sluiten of zich in het geheel niet te verzekeren en de eventuele kosten van de medische zorg zelf (rechtstreeks) te betalen.

Ziekenezorg

Een andere recente verandering in de gezondheidszorg is de vrije keuze van huisarts. Voorheen was de toewijzing van een huisarts afhankelijk van het district waarin de Hongaren woonden. Het patiëntenbestand van een huisarts bestond toen uit de tot zijn district behorende bevolking (2000 - 2500 mensen). Vanaf juli 1992 mag de bevolking zelf een arts kiezen en krijgt de huisarts een vast bedrag per ingeschreven patiënt, vergelijkbaar met de Nederlandse vergoedingen van de huisartsen door de ziekenfondsen (zogenaamde abonnementsvergoedingen).

De overheid heeft nog steeds de verantwoordelijkheid over (en is tevens eigenaar van) het grootste deel van de huisartsenpraktijken. Een klein deel van de huisartsen (ongeveer 2 procent) is een eigen praktijk gestart. Deze particuliere huisartsen krijgen van het Sociaal Verzekeringsfonds eveneens een bedrag per aangemelde verzekerde patiënt. Investeringsdienen ze, in tegenstelling tot de overige huisartsen van wie investeringen door de overheid worden gefinancierd, zelf te bekostigen. Eventuele winst mogen ze behouden.

De regering wil verder de kosten van de gezondheidszorg beperken door (zoals een aantal jaren geleden in Nederland) het aantal ziekenhuisbedden te verminderen van ruim 100.000 tot 70.000 bedden. Daarnaast wil ze het artsenbestand verkleinen. De ziekenhuizen kampen met een overdaad aan artsen en een tekort aan overig personeel. Als gevolg daarvan verrichten de artsen ook administratieve, technische en fysiotherapeutische handelingen.

De door de regering opgelegde bedden- en personeelsreductie in de ziekenhuizen verloopt uiterst moeizaam. Financiële verplichtingen ten aanzien van het ontslagen personeel doen de kostenbesparingen deels teniet. De ziekenhuisdirecties (in de regel bestaande uit artsen) ondervinden bovendien verzet van artsen die voor het voortbestaan van hun baan vrezen. Slechts enkele ziekenhuizen hebben daad-

werkelijk het aantal artsen en bedden gereduceerd.

De ziekenhuizen hebben een groot aantal zogenaamde *sociale bedden*. Dit zijn de bedden die bezet worden door mensen die eigenlijk in bijvoorbeeld een verpleeghuis of een daklozenopvang thuishoren. Wegens een gebrek aan deze voorzieningen en aan voldoende thuiszorg ligt een groot deel van deze mensen in een (relatief duur) ziekenhuisbed. Ook chronisch zieken en bejaarden die verzorging nodig hebben verblijven in een ziekenhuis, omdat ze nergens anders naar toe kunnen. De Hongaarse regering heeft inmiddels een nieuw vergoedingensysteem voor de chronische zorg geïntroduceerd om de instellingen te stimuleren tot het creëren van meer chronische voorzieningen.

Om de ziekenhuizen tevens te stimuleren tot grotere efficiëntie in de niet-chronische zorg, financiert het verzekeringsfonds sinds 1993 de (niet-chronische) medische zorg zodanig, dat ziekenhuizen gemotiveerd worden patiënten tegen zo laag mogelijke kosten te genezen. Dit systeem is gebaseerd op de Amerikaanse *Diagnosis Related Groups* (DRG's). Het DRG-systeem classificeert patiënten afhankelijk van de diagnose. Het ziekenhuis krijgt een vergoeding die afhankelijk is van het type behandelde patiënt. Het ziekenhuis heeft daardoor een financiële prikkel om de medische hulp te verlenen tegen lagere kosten dan de vaste vergoeding, doordat het de besparingen kan behouden. Als de kosten voor het ziekenhuis daarentegen hoger zijn dan de vergoeding dient het ziekenhuis het verschil zelf te bekostigen. Het ziekenhuis wordt op deze manier gedwongen zuinig te werken door de ligduur te beperken, zoveel mogelijk extramuraal (buiten het ziekenhuis) te behandelen en zo min mogelijk secundaire diensten te gebruiken.

De belangrijkste stimulans voor de artsen om veel te produceren (de onderhandse betalingen) is echter met dit systeem nog niet verdwenen. De eerste ervaringen met het nieuwe financieringssysteem zijn, tegen de verwachting van velen in, (gematigd) positief. Verwacht was namelijk dat veel ziekenhuizen zouden frauderen door opzettelijk verkeerde diagnoses te stellen en op die manier een hogere DRG-vergoeding te declareren. Daarnaast zijn binnen een DRG de kosten van behandeling mede afhankelijk van de algemene gezondheidstoestand van de patiënt. Een patiënt kan tevens meerdere diagnoses hebben, zodat het probleem ontstaat welke vergoeding het ziekenhuis behoort te krijgen. In geval van twijfel over een diagnose van een patiënt zal de arts de diagnose met de hoogste vergoeding kiezen. Bovendien bestaat

het gevaar dat patiënten te vroeg uit het ziekenhuis worden ontslagen. Een goed werkend controle-apparaat voor dit financieringssysteem ontbreekt nog in Hongarije.

Gevolgen

Sinds Hongarije hernieuwde relaties met het Westen is aangegaan, is het voor de ziekenhuizen iets eenvoudiger geworden de ouderwetse en versleten medische apparaten te vervangen door moderne apparatuur uit het Westen. Dit proces verloopt langzaam, aangezien de meeste ziekenhuizen over onvoldoende financiële middelen beschikken voor de aanschaf van deze dure apparatuur en het de ziekenhuizen wettelijk niet is toegestaan leningen aan te gaan.

Daarnaast hebben de instellingen extra financiële middelen nodig om de gebouwen op te knappen en om het personeel enige prijscompensatie te geven. Uit nood creëren daarom steeds meer ziekenhuizen luxe eenpersoonskamers met bijvoorbeeld een televisie en een eigen toilet. Voor deze voorzieningen dienen patiënten uiteraard extra te betalen. Daarnaast halen de ziekenhuizen extra geld binnen door te koken en te wassen in opdracht van bedrijven en wordt bespaard op het medicijngebruik.

Ondanks deze nieuwe financiële bronnen zijn de ziekenhuizen over het algemeen nog slecht uitgerust, nauwelijks onderhouden, overvol en onhygiënisch. Van de belangrijkste uitrusting is meer dan 40 procent ouder dan tien jaar. Bovendien ontbreekt een formeel georganiseerd kwaliteitscontrole-systeem van de medische zorg. Veel patiënten vrezen andere ziekten op te lopen tijdens een verblijf in een ziekenhuis. De budgetten van de ziekenhuizen zijn de afgelopen jaren sterk teruggelopen en gezien het grote financiële tekort van het Sociaal Verzekeringsfonds (de financier van de gezondheidszorg) zal deze situatie voorlopig nog voortduren. Er bestaan overigens grote verschillen in kwaliteit tussen ziekenhuizen, waarbij de ziekenhuizen voor het voormalige kader van de communistische partij excelleren.

Ook de artsen worden geconfronteerd met veranderingen. Afhankelijk van leeftijd, regio, budget en positie in de artsenhiërarchie variëren de salarissen van de artsen van ongeveer 200 gulden bruto per maand voor een beginnend arts tot ongeveer 650 tot 1300 gulden voor een topspecialist. Ter vergelijking: het bestaansminimum voor een eenpersoonshuishouden bedraagt ongeveer 200 gulden per maand, een vrachtwagenchauffeur verdient ongeveer 1200

gulden per maand. Door onderhandse betalingen verdient een arts 200 tot 10.000 gulden per maand bij. Er doet binnen de Hongaarse gezondheidszorg een verhaal de ronde over een hoogleraar die zijn patiënten 500 gulden vraagt om op zijn operatielijst te worden geplaatst.

Commerciële verzekeraars hebben kort geleden zogenaamde *ziekenhuis-uitkeringen* geïntroduceerd. Dit zijn verzekeringen die voorzien in een dagelijkse financiële vergoeding aan verzekerde Hongaren bij opname in een ziekenhuis. Het uit te keren bedrag is afhankelijk van het aantal ligdagen van de verzekerde patiënt en de hoogte van het verzekerde bedrag. Deze vergoeding varieert van ongeveer 6 tot 60 gulden per dag. De verzekering is voornamelijk bedoeld om de patiënt/verzekerde de noodzakelijke onderhandse betalingen aan de artsen te kunnen laten betalen (de medische kosten worden, bij het grootste deel van de bevolking, vergoed door het Sociaal Verzekeringsfonds).

Het (voor de gezondheidszorg verantwoordelijke) Ministerie van Sociale Zaken erkent dat het probleem van de onderhandse betalingen in de gezondheidszorg veroorzaakt wordt door de lage verdiensten van de medici. Desondanks kan het ministerie, vanwege een gebrek aan financiële middelen, geen maatregelen nemen om de salarissen van artsen te verhogen. Volgens enkele hoge ambtenaren van het ministerie kunnen deze salarissen uitsluitend worden verhoogd met behulp van aanvullende particuliere verzekeringen voor medische zorg met betere hotelvoorzieningen. Hierdoor kunnen de ziekenhuizen zich namelijk extra inkomsten verschaffen en deze aanwenden voor het verbeteren van de inkomens van de artsen. De noodzaak tot het vragen van onderhandse betalingen zal zo verdwijnen. Aangezien artsen tevens een belangrijke machtspositie bekleden binnen de instellingen, is te verwachten dat deze extra middelen ook daadwerkelijk aan inkomensverbetering van artsen zullen worden besteed.

De animo onder de bevolking voor dergelijke luxe is echter nog zeer beperkt. Het blijft daarnaast onzeker of de artsen bereid zullen zijn het vragen van onderhandse betalingen te staken na een salarisverhoging. Zolang er geen sancties tegenover staan, vormen deze betalingen een prettige (belastingvrije) aanvulling op het salaris. Bovendien is de bevolking dusdanig gewend aan deze betalingen dat ze daar waarschijnlijk aan zal blijven vasthouden. Veel Hongaarse patiënten geloven zelfs dat een behoorlijke medische dienstverlening niet mag worden verwacht zonder een ruime onderhandse betaling. Gezien de econo-

mische situatie waarin Hongarije verkeert, zal een oplossing voor dit probleem (meer geld naar de gezondheidszorg) niet op korte termijn mogelijk zijn.

Privatisering

Na de politieke hervormingen hebben de artsen een belangenvereniging opgericht (de Medische Kamer). In het beleidsvormingsproces staat ze echter vrijwel buitenspel omdat de vereniging zich tot nog toe voornamelijk heeft beziggehouden met interne vetes en nauwelijks met het gezondheidszorgbeleid. Aangezien de artsen een omvangrijke groep vormen binnen de Hongaarse gezondheidszorg en een groot aantal artsen op het Ministerie van Sociale Zaken werkt, heeft de Medische Kamer daarentegen wel de potentie een belangrijke machtsfactor te worden. De Medische Kamer streeft naar een privatisering van de ziekenhuizen en poliklinieken. Deze voorzieningen kunnen dan over een eigen kapitaal beschikken en zelf hun beleid bepalen.

Het Sociaal Verzekeringsfonds vergoedt echter (vooralsnog) niet de medische zorg die verstrekt wordt in nieuw opgerichte particuliere voorzieningen (met uitzondering van huisartsen). Uitsluitend de medische hulp in een door de staat erkende (bestaande) instelling wordt namelijk vergoed. Dit vormt een belangrijk obstakel voor het opstarten van private instellingen. Bovendien stellen potentiële financiers zich terughoudend op om te investeren in dergelijke medische voorzieningen. Een beperkt aantal diagnostische diensten en cosmetische interventies valt echter buiten het verstrekkingenpakket van de ziektekostenverzekering en de patiënten dienen deze diensten derhalve zelf te bekostigen (ook in een door de staat erkende publieke instelling). Deze medische zorgverlening is zodoende wel geschikt voor privatisering en enkele artsen zijn daarvoor dan ook een particuliere polikliniek gestart.

Deze klinieken missen echter over het algemeen een professioneel management en kampen met een gebrek aan financiële middelen. Om de hoge rente op de aangegane leningen te kunnen bekostigen dienen startende private voorzieningen al op korte termijn winst te maken. Het aantrekken van risicodragend kapitaal is om deze reden aantrekkelijker voor deze instellingen. Particuliere verzekeraars zouden een rol kunnen vervullen als verschaffers van dit kapitaal.

Het Sociaal Verzekeringsfonds is verantwoordelijk geworden voor de uitvoering van de socia-

le verzekeringen, waaronder de verplichte ziektekostenverzekering. Het bepaalt zelfstandig de omvang van het verzekeringspakket, de eigen betalingen en de premies, maar is verantwoording verschuldigd aan het parlement. Het bestuur van het verzekeringsfonds bestaat sinds 1993 uit werkgevers en werknemers. Beide groepen hebben belang bij een reductie van de hoge premie voor de sociale ziektekostenverzekering (23,5 procent van het inkomen), omdat dit direct van invloed is op respectievelijk hun loonkosten en inkomens.

De (inkomens-afhankelijke) premie-inkomsten van het verzekeringsfonds lopen echter terug vanwege dalende reële inkomens. Bovendien ontduiken veel werknemers en werkgevers in de particuliere sector de verplichte premiebetaling, mede ten gevolge van een gebrekkig controle-apparaat. Een groot aantal bedrijven verkeert in een dusdanig slechte financiële positie dat het niet eens in staat is de sociale premies af te dragen. Het verzekeringsfonds heeft van deze ondernemingen nog voor bijna 2 miljard gulden aan achterstallige premies tegoed.

Dientengevolge kampt het fonds met een jaarlijks tekort van een miljard gulden; meer dan 10 procent van de inkomsten. Naar alle waarschijnlijkheid zal het fonds daarom de dekking van de sociale ziektekostenverzekering trachten te beperken door bepaalde medische hulp uit de verzekering te schrappen of door eigen bijdragen te eisen. Op die manier kunnen de tekorten weggewerkt worden zonder dat daartoe de hoge verzekeringspremie behoeft te worden verhoogd. Onduidelijk is nog wat uit het basispakket zal worden verwijderd. Kosmetische chirurgie wordt nu al niet vergoed. De geneesmiddelen zijn sedert enkele jaren verdeeld in vijf vergoedingscategorieën. Levensreddende geneesmiddelen en medicijnen voor zwangerschaps- en kinderverzorging zijn gratis. Bij de overige geneesmiddelen vergoedt het verzekeringsfonds, afhankelijk van de noodzaak van het medicijn, 5, 20, 50 of 100 procent van de prijs. Een beperking van het basispakket biedt verzekeraars een uitgelezen mogelijkheid om de uit de sociale ziektekostenverzekering gehaalde medische hulp, aanvullend te verzekeren.

Beperkte rol

Ook op andere manieren kunnen particuliere ziektekostenverzekeringen zich in de toekomst manifesteren in de Hongaarse gezondheidszorg. De in Hongarije werkende buitenlanders uit het Westen en repatriërende Hongaren zijn een kwalitatief betere

gezondheidszorg gewend en zijn in het algemeen welgesteld. Een verzekering voor medische zorg in instellingen op westers niveau kan voor hen een aantrekkelijk alternatief zijn voor de door de sociale verzekering gedekte voorzieningen. Verder kunnen verzekeraars een verzekering voor medische zorg in het buitenland aanbieden. Een verzekerde ontvangt de medische zorg dan bijvoorbeeld in het buurland Oostenrijk.

Een klein gedeelte van de bevolking is niet verplicht zich te verzekeren. Dit deel van de bevolking bestaat voornamelijk uit zelfstandigen (onder meer werkzaam in de zwarte handel), niet-uitkeringsgerechtigde werklozen en renteniers. Zij hebben de mogelijkheid vrijwillig een contract met het verzekeringsfonds aan te gaan of zelf te betalen voor de genoten medische dienstverlening. Voor particuliere verzekeraars vormt deze kleine en deels rijke groep een interessant gedeelte van de bevolking.

Uiteraard valt of staat het succes van particuliere ziektekostenverzekeringen met de vraag naar dergelijke verzekeringen. Om deze vraag te scheppen zal de particuliere verzekeraar een produkt aan moeten bieden dat beter of goedkoper is dan de bestaande sociale verzekering. Daarnaast moeten potentiële verzekerden de mogelijkheid krijgen om de (tot op heden verplichte) sociale verzekering te verlaten, omdat ze zich anders dubbel verzekeren.

Om de premie laag te kunnen houden zal de particuliere verzekeraar risico-selectie² toepassen. Omdat de zogenaamde *ongunstige risico's* (ouderen en chronisch zieken) dan overblijven in de sociale verzekering zal deze duurder worden en zal de premie verhoogd dienen te worden. Daardoor zullen weer meer *gunstige risico's* (jong en gezond) geneigd zijn naar een particuliere verzekering over te stappen, waardoor de sociale verzekering weer duurder wordt, enzovoort, tot onvermijdelijk het sociale ziektekostenstelsel uiteindelijk zal imploderen. De (hoofdzakelijk socialistische) regering is hier uiteraard fel op tegen en zal om die reden de verzekeringsplicht voor de sociale verzekering willen handhaven.

De rol van de particuliere verzekeraars zal dus vooralsnog beperkt blijven tot enkele aanvullende produkten naast de sociale verzekering, zoals bijvoorbeeld een verzekering voor uit het basispakket gehaalde voorzieningen. Een aanvullende klasseverzekering voor de eerder beschreven luxe medische dienstverlening in de bestaande faciliteiten is (nog) niet aantrekkelijk voor particuliere verzekeraars. Wanneer een verzekeraar betere hotelvoorzieningen verzekert dient hij namelijk, volgens de huidige wetge-

ving, de gehele genoten zorg van de verzekerde te vergoeden. Voor het Sociaal Verzekeringsfonds bestaat deze barrière niet, aangezien het fonds de genoten zorg van de verzekerde toch al geheel dient te vergoeden. Het is dus goed mogelijk dat het fonds in de toekomst deze aanvullende verzekeringen zelf zal verkopen.

Het aantal luxe eenpersoonskamers binnen de instellingen is nog beperkt. Grote investeringen zijn nodig om de voorzieningen te verbeteren (gebouw, hotelfunctie en uitrusting). De ziekenhuizen beschikken echter over onvoldoende middelen. Particuliere ziektekostenverzekeraars kunnen een belangrijke rol spelen bij de financiering van deze luxe afdelingen binnen de ziekenhuizen.

Voor een substantiële vraag naar (aanvullende) particuliere ziektekostenverzekeringen, is een significante toename van de koopkracht van de Hongaarse bevolking nodig. Deze is namelijk laag en al enige jaren dalende. Ondanks de recent ingezette opleving van de Hongaarse economie (die met enige vertraging zal doorwerken op de koopkracht) heeft een groot deel van de Hongaarse samenleving nauwelijks financiële ruimte voor de aanschaf van niet strikt noodzakelijke goederen en diensten (zoals particuliere ziektekostenverzekeringen). Bovendien stelt de bevolking voorlopig andere prioriteiten; ze zal liever geld besteden aan het starten van een eigen bedrijf, de koop van een huis of een auto of het sparen voor een aanvulling op het (zeer lage) pensioen.

Toekomst

De huidige problemen in de Hongaarse gezondheidszorg zoals de slechte toestand waarin veel ziekenhuizen verkeren, het gebrek aan verpleeg- en verzorgingshuizen en de erbarmelijke salarissen van de artsen, vragen om extra financiële middelen. Het probleem is dat zowel de staat als het verzekeringsfonds met grote financiële problemen kampen. Bovendien zijn de sociale premies erg hoog, zodat deze niet kunnen worden verhoogd. De oplossingen moeten dus eerder worden gezocht in efficiëntie-verhogingen en het creëren van nieuwe financiële bronnen.

De verantwoordelijke partijen denken daarbij aan het verkleinen van het artsenbestand en het beperken van het aantal ziekenhuisbedden, het invoeren van eigen betalingen en zelfs het verkleinen van het verzekeringspakket. Daarnaast kunnen particuliere ziektekostenverzekeringen de gezondheidszorg nieuwe middelen verschaffen, voor verbetering van

de uitrusting van de medische voorzieningen en voor salarisverhogingen en opleidingen voor artsen.

Op 8 mei 1994 vonden in Hongarije parlementsverkiezingen plaats. De opvolger van de vroegere communistische partij, de MSzP (Hongaarse Socialistische partij), werd daarbij de grootste politieke partij en heeft met de links-liberale SzDSz een regeringscoalitie gevormd. De huidige uitgangspunten van de MSzP en SzDSz zijn te beschouwen als sociaal-democratisch. Het gezondheidszorgbeleid van de regering is nog niet geheel duidelijk, maar zal gebaseerd zijn op principes als toegankelijkheid, gelijkheid en solidariteit. De gedachte gaat daarom uit naar een verplichte basisverzekering met een inkomensafhankelijke premie (zoals in de huidige situatie). De regering lijkt voornamelijk niet geneigd tot verdere veranderingen in de gezondheidszorg en zal een introductie van particuliere ziektekostenverzekeringen niet toejuichen. Gezien de tweedeling die particuliere ziektekostenverzekeringen teweeg zullen brengen lijkt dit een juiste houding. Voorlopig zal de overgrote meerderheid van de Hongaarse bevolking in ieder geval de financiële middelen ontberen voor zaken als luxe en private medische voorzieningen en particuliere ziektekostenverzekeringen.

Noten

1. De poliklinieken fungeren als satelliet van een ziekenhuis en verlenen alleen eenvoudige medische hulp, met als doel het ziekenhuis te ontlasten. Sinds enkele jaren worden echter steeds meer poliklinieken binnen het ziekenhuis gecreëerd.
2. Het selecteren van een voor de verzekeraar zo gunstig mogelijk verzekerdenbestand, bijvoorbeeld door middel van selectieve reclame gericht op de doelgroep (jong en gezond) en een verzekeringsdekking die onaantrekkelijk is voor de risicogroepen (ouderen en chronisch zieken).