

INHOUD

Beheerste groei in 1991	19
Lucas van der Hoeven	
Eva: Automatiseren, ja of nee	21
De Gehandicaptenraad adviseert, overlegt en onderhandelt	22

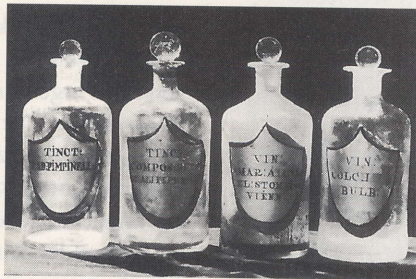
beroep

"De Papieren Visite" nr. 2, 1994, p. 19-20

Beheerste groei in 1991

Langzame verschuivingen in de eerstelij

Lucas van der Hoeven



Nederland gaf in 1991 52,5¹ miljard gulden uit aan zorg. De gemiddelde uitgaven stegen met 8,5% in dat jaar. Tussen 1990

en 1991 zijn de kosten van de zorg per ziekenfondsverzekerde met f 155,- gestegen, ofte wel met 9,5%. Dat is meer dan in 1990 toen de stijging 'slechts' 6,2% bedroeg.

Op zich zegt een dergelijk getal weinig. Wel van belang is om te weten dat sommige begrotingsposten forse toenames te zien geven. Om te bezien of de sectorkosten niet sterker stijgen, dan gepland bestaat er een 'groeiplafond'. Zou dat worden overschreden, dan gaan de uitgaven ten koste van andere rijksuitgaven.

Bij de niet aflatende bezuinigingsdrift sinds 1980 bestaat er geen ruimte voor extra uitgaven. Overschrijdingen van de begroting dienen in navolgende jaren te worden gecompenseerd. En wel bijvoorbeeld in de subsector waar de extra uitgaven plaatsvonden. Dus als de uitgaven voor specialisten meer toenemen dan voorzien, dan volgen kortingen op de uitgaven in de navolgende jaren. Dat is niet altijd even gemakkelijk te realiseren. Zo heeft bijvoorbeeld de commissie van Aardenne na vier jaar overleg en op-

lopende uitgavenoverschrijdingen, nog steeds geen akkoord met de specialisten weten te sluiten.

De meeste stijgingen van de zorgsector in 1992 vallen binnen de begrotingsnorm van het Financieel Overzicht Zorg (FOZ). Volgens de begroting van Volksgezondheid mogen de kosten niet meer toenemen dan de jaarlijkse BNP (Bruto Nationaal Produkt) stijging plus 1% vanwege de vergrijzing. Het aandeel van de uitgaven voor de zorg nam met 0,3% van het BNP toe. In 1991 is sprake van een 'beheerste groei'.

Verschuiving

Uit de cijfers over 1991 valt op te maken dat substitutie - maar dan wel binnen een nog steeds groeiende consumptie - van intra- naar extra- en semimurale zorg zich voordoet. Dat is in overeenstemming met de beleidsvoornemens van de overheid, maar dat betekent nog geen grote kostenbesparing. Thuiszorg bijvoorbeeld is niet altijd goedkoper dan institutionele verpleging. Zorgverzekeraars zullen daarom selectiever te werk gaan als het om thuishulpverlening gaat. Door de vergoedingen voor de medicij-

Bescherming tegen veroudering

Er bestaan aanwijzingen dat veroudering en welvaartsziekten mede worden veroorzaakt door vrije radicalen. De werking van deze vrije radicalen kunnen worden geneutraliseerd door anti-oxydanten zoals beta-caroteen, vitamine E en vitamine C. Het zou dus kunnen zijn, dat deze anti-oxydantia het verouderingsproces en het ontstaan van welvaartsziekten kunnen remmen. In de afgelopen vijf jaar is dat onderzocht door het American National Cancer Institute en het Chinese Cancer Institute in een studie waaraan 30.000 volwassenen deelnamen. Over het onderwerp en het onderzoek is onlangs gesproken door drie deskundigen.

- Prof. Bast van de Vrije Universiteit Amsterdam sprak onder de titel: 'Radicalen: schade en bescherming';
- dr. Van den Brandt van de Rijksuniversiteit Limburg behandelde het 'Epidemiologisch onderzoek naar anti-oxydanten';
- prof. Deslypere uit Gent beantwoordde de vraag 'Is het zinvol anti-oxydanten in te nemen?'.

Geïnteresseerden kunnen de teksten van de voordrachten opvragen bij mevrouw S. Simon, Bureau Hollander, telefoon 020-6768666.

Richtlijnen geneesmiddelenonderzoek

Voortuitlopend op de Europese wetgeving heeft Nederland een gedragscode opgesteld voor mensen die meewerken aan geneesmiddelenonderzoek: Good Clinical Practice. Deze richtlijnen vormen de basis voor ethisch verantwoord onderzoek en voor objectief controleerbare onderzoeksresultaten. Zij maken onderdeel uit van het EG-streven naar harmonisering van wettelijke regelgeving inzake de veiligheid van geneesmiddelen binnen de lidstaten en inzake de bescherming van personen die deelnemen aan geneesmiddelenonderzoek.

Artsen die bij geneesmiddelenonderzoek zijn betrokken, kunnen de Good Clinical Practice-nota aanvragen, of nadere informatie inwinnen bij de stichting MFR: 030-618017; de heer P. van Rijn of mevrouw L. van den Eijnde.

¹ De hierna gepresenteerde cijfers zijn gebaseerd op de uitgaven door ziekenfondsen voor hun verzekerden. Die groep vormt 61,4% van de bevolking. De overigen zijn particulier verzekerd en hun consumptie kan enigszins afwijken van dat van ziekenfondspatiënten. De in het artikel genoemde cijfers wijzen dus meer op 'trends', dan dat zij de totale Nederlandse consumptie weergeven.

nen van particulieren en van ziekenfonds-patiënten onder de AWBZ te plaatsen, lijkt een uitgavengroei onvermijdelijk te zijn.

Het GVS heeft weliswaar de prijzen tijdelijk afgeremd, maar de kostenloze consumptie door particulieren (38,6% van de bevolking) zal de totale uitgaven vergroten.

Extramurale kosten

Van bijna 53 miljard van de zorguitgaven gaat 60% naar de intramurale en 40% naar de extramurale zorg. De uitgaven voor farmaceutische hulp - exclusief zelfmedicatie - komt met 4,4 miljard gulden (18%) als kostenfactor op een tweede plaats na de intramurale verpleging (42,6%). De extramurale medicijnuitgaven liggen dus nog hoger dan die voor specialistische hulp (16,5%).

Bovendien stegen de uitgaven voor farmaceutische hulp jarenlang onevenredig sneller dan de overige sectoruitgaven. Zo nam de uitgave ervan in 1990 nog met 18% toe, terwijl mede door het invoeren van het GVS voor ziekenfonds-patiënten (juli 1991) de stijging tot 7,7% beperkt bleef. De huisartsen schrijven per jaar voor f 321,84 per fondsverzekerde voor. Hun eigen vergoeding ligt op f 132,20 per verplicht verzekerde. Zij schrijven per jaar dus bijna tweeënhalf maal het eigen salaris voor.

Op die drie gronden is het overheidsbeleid nadrukkelijk gericht op intensivering van het rationeel en op substitutie-gerichte voorschrijfbeleid via FTO en het ontwikkelen van geneesmiddelenformularen.

Opvallend is de geringe verschillen tussen de kosten van eerstelijns-hulpverleners. Zo legt de uitgave voor huisartsen slechts voor 7,4% beslag op de eerstelijnsuitgaven of zo'n f 132,40. De paramedische hulpverlening koste de verzekerde bijna f 104,- of 5,8% en de tandheelkundige hulp f 91,- of 5,1%. Vooral de paramedische uitgave vormt relatief een grote onkostenpost.

Huisartseninkomen in 1991

6.604 huisartsen verdienden in 1991 f 2.179 miljoen. Per huisarts is dat een brutoinkomen van f 329.951,- per jaar. De ziekenfondsen betaalden f 132,20 per ziekenfondsverzekerde aan huisartsen uit. In dat bedrag is een jaarlijkse fondsbijdrage voor het good-will fonds van f 37 miljoen inbegrepen, evenals de ver-



De uitgaven voor farmaceutische hulp - exclusief zelfmedicatie - komt met 4,4 miljard gulden (18%) als kostenfactor op een tweede plaats na de intramurale verpleging (42,6%). De extramurale medicijnuitgaven liggen dus nog hoger dan die voor specialistische hulp (16,5%).

goeding voor verloskundige hulp.

In absolute cijfers steeg de uitgave voor huisartsenhulp voor ziekenfondsverzekerden met 11,3% in 1991. Daarin is echter een nabetaling voor de periode 1988 - 1990 van in totaal f 67 miljoen verdisconteerd. Als dit bedrag niet wordt meegeteld, dan bedraagt de feitelijke toename 3,6% in 1991.

Samenwerking en verwijzing

Over 1990 is een schatting gemaakt van het aantal verwijskaarten per 1.000 verzekerden. Dat aantal lag waarschijnlijk op 490 per jaar. De helft van alle inge-

schreven patiënten worden naar een specialist doorverwezen. Sinds de invoering van korte, aanvullende en jaarkaarten in juli 1991 lijkt het aantal af te nemen tot 480 verwijzingen per jaar, een extrapolatie van het cijfer over de tweede helft van 1991.

In 1991 kwamen er 78 extra huisartsen bij, waardoor er 6.604 artsen in de eerstelijns werkzaam waren. Zij werkten in 4.930 praktijken. Er kwamen in 1991 29 praktijken bij, waaronder 21 solo-praktijken. Het aantal duo-praktijken nam met 8 af tot 1820, terwijl het aantal groepspraktijken met 19 steeg tot 178. Het aantal artsen dat in groepspraktijken werkt steeg met 42 toe tot 586. In 1991 daalde het aantal gezondheidscentra met 7 tot 154, terwijl het aantal in de centra werkzame artsen toenam van 478 in 1990 tot 510 in 1991.

Inzicht in jaarreeksen van statistische cijfers geven een idee over de langzame verschuivingen die er in de eerstelijns plaatsvinden. Die veranderingen kunnen op tendensen wijzen en daar zouden huisartsen op in kunnen spelen. Zo zal de farmaceutische verstrekking nog jarenlang onder druk staan. Vooral zorgverzekeraars zullen op dit terrein stappen gaan ondernemen onder meer via pakketdifferentiatie. Zo lijken 'via' uitgekleden polissen' slechts formularium-producten te worden vergoed. Om bij betalingen te voorkomen, zullen patiënten artsen vragen om hen het goedkoopste middel voor te schrijven.

Ook medische hulpmiddelen zullen onder dergelijke regime worden geplaatst. Hieraan werd in 1991 f 0,7 miljard besteed, hetgeen 34 miljoen (= 5%) meer was dan voorzien.

De marktwerking betekent dus meer controle van zorgverzekeraars met huisartsen, maar misschien ook wel een betere kostenbeheersing. Op termijn zouden extreme overschrijdingen zich dan misschien niet meer voordoen. Dat zou dan de financiële ruimte ook voor huisartsen minder onder druk zetten en zou er tevens meer geld beschikbaar zijn voor andere noodzakelijke uitgaven.

Literatuur

IVNZ; 'Jaarboek LIZ 1991'; Landelijke Informatie Zorgverzekeraars, Zeist, mei 1993 (f 25,-; telefoon 03404 - 88911/88345) ■