

Alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket: geen kostenbesparing

P. A. G. VAN BERGEIJK — F. T. SCHUT*

In de afgelopen jaren hebben steeds meer mensen de zorg voor hun gezondheid toevertrouwd aan beoefenaren van geneeswijzen die niet stoelen op natuurwetenschappelijke inzichten. Velen deden dat uit ontevredenheid met de behandeling die zij kregen van reguliere medici. Omdat haar bleek dat een aanzienlijk aantal mensen baat vindt bij acupunctuur, homeopathie, antroposofische geneeskunde, natuurgeneeskunde en manuele therapie, adviseerde de Commissie Alternatieve Geneeswijzen in 1982 de behandeling volgens deze geneeswijzen op te nemen in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen. In de discussie over dit advies spelen de kosten een belangrijke rol. Voorstanders stellen dat aanzienlijke besparingen op de gezondheidszorg mogelijk zijn; staatssecretaris Van der Reijden lijkt eerder van het tegendeel overtuigd. In dit artikel wordt een kosten-batenanalyse gepresenteerd van ziekenfondsvergoeding voor alternatieve geneeskundige behandeling. Daarop volgt een korte bespreking van eerdere studies over dit onderwerp. De auteurs constateren dat de berekeningen die aanzienlijke besparingen voorspiegelen, berusten op apert onjuiste veronderstellingen en zij komen dan ook tot de slotsom dat de uitbreiding van het ziekenfondspakket met de genoemde geneeswijzen de samenleving naar alle waarschijnlijkheid voor hogere kosten zal plaatsen.

Inleiding

De alternatieve geneeswijzen zijn de laatste tijd volop in het nieuws. Hoewel de regering in juni 1982 het advies van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (CAG) om ten minste vijf categorieën alternatieve geneeswijzen — acupunctuur, homeopathie, antroposofie, natuurgeneeskunde en manuele therapie — voorlopig voor ziekenfondsvergoeding in aanmerking te laten komen, naast zich neerlegde, lijkt het laatste woord in deze kwestie nog lang niet gesproken. Onlangs kreeg deze discussie een nieuwe impuls door het voornemen van de regering homeopatische en antroposofische geneesmiddelen, voor zover deze door het ziekenfonds werden vergoed, uit het verstrekkingenpakket te schrappen. Achtergrond van dit voornemen is de algemene noodzaak tot het beperken van de enorm gestegen kosten van de gezondheidszorg. Hoewel de regering haar besluit om het advies van de CAG naast zich neer te leggen indertijd motiveerde door te wijzen op het feit dat de effectiviteit van deze geneeswijzen onvoldoende was aangetoond (langs natuurwetenschappelijke weg), lijkt het echter waarschijnlijk dat ook hier de achterliggende drijfveer de angst voor een kostenstijging was 1). Onlangs schreef staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur Van der Reijden in antwoord op vragen uit de Tweede Kamer immers dat de te voorziene hogere kosten ten gevolge van opname van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket de voornaamste reden is waarom de regering vasthoudt aan „de grootst mogelijke terughoudendheid” bij haar beleid voor deze sector van de gezondheidszorg 2).

Ook de voorstanders van vergoeding van alternatieve geneeswijzen beseffen dat vergoeding weinig kans maakt wanneer dit leidt tot drastische kostenstijgingen voor de overheid. Zij beroepen zich dan ook veelvuldig op onderzoeken van Ellenbroek en van Aakster 3), waarin wordt gesteld dat vergoeding van alternatieve geneeswijzen niet kostenverhogend werkt, maar juist aanzienlijke besparingen met zich brengt. Genoemde auteurs komen resp. op een totale be-

sparing van f. 400 mln. en f. 1,3 mrd. De betrouwbaarheid van deze berekeningen wordt door de tegenstanders van vergoeding echter ernstig in twijfel getrokken. Zo merkte staatssecretaris Van der Reijden bij de begrotingsbehandeling van Volksgezondheid over de schatting van Aakster op dat „de voorgespiegelde kostenbesparing als niet realistisch van de hand moeten worden gewezen” 4).

In dit artikel zullen wij proberen de financiële consequenties van vergoeding van alternatieve geneeswijzen te bepalen. Wij zullen ons hierbij beperken tot een korte-termijnanalyse, hetgeen betekent dat wij uitsluitend de financiële consequenties voor het jaar volgend op het eventuele besluit tot ziekenfondsvergoeding zullen bekijken. Hierbij gaan wij uit van de hypothetische situatie dat in 1978 zou zijn besloten in 1979 vergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen te geven. Gezien het aantal veronderstellingen dat noodzakelijk is om de mogelijke financiële consequenties te kunnen bepalen, moeten de resultaten van onze berekeningen als richtinggevend en niet als een exacte voorspelling worden beschouwd. Ten slotte zullen wij nog enige aandacht schenken aan de bovengenoemde onderzoeken van Ellenbroek en Aakster.

* Dit artikel is gebaseerd op een werkstuk getiteld „De economische betekenis van alternatieve geneeswijzen” dat gemaakt werd in het kader van het doctoraal werkcollege Theoretische economie onder begeleiding van drs. J. G. Veenbergen aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, oktober 1982. De auteurs danken drs. F. Mol, Ignatius Ziekenhuis Breda voor zijn waardevol commentaar.

1) P. Muntendam, Waardering patiënt speelt rol bij erkenning alternatieve geneeswijzen, *NRC Handelsblad*, 22 en 28 juli 1982, beide blz. 7.

2) „Regering terughoudend over alternatieve geneeswijzen”, *NRC Handelsblad*, 22 augustus 1983, blz. 1.

3) A. J. Th. Ellenbroek, Homeotherapie, mogelijke consequenties voor de gezondheidszorg, werkstuk voor de Afdeling Sociale Geneeskunde, Nijmegen, september 1974; en C. W. Aakster, Onderzoek naar de effectiviteit van homeo- en phytotherapie, 1982.

4) „Minister vindt onderzoek homeopathie onbruikbaar”, *de Volkskrant*, 9 februari 1983, blz. 6.

Tabel 1. Omvang van de alternatieve geneeswijzen in Nederland, naar aantal beoefenaren, patiëntencontacten en consultkosten per 1-1-1976 en 1-1-1979

Geneeswijze	Aantal beoefenaren		Aantal patiëntencontacten		Totale consultkosten a) in mln. gld.		Gemiddeld bruto jaarinkomen per genezer in gld.	
	1976	1979	1976	1979	1976	1979	1976	1979
Acupunctuur	295	616	363.000	1.080.000	14,5	54,0	49.200	87.700
Antroposofie b)	60	60	900.000	900.000	12,0	14,4	200.000	240.000
Natuurgeneeswijze c)	285	224	445.000	537.000	17,8	26,9	62.500	120.100
Homeopathie	268	283	936.000	1.566.000	37,4	78,3	139.600	276.700
Paranormale geneeswijze	351	392	1.755.000	2.010.000	17,6	24,1	50.100	61.500
Manuele Geneeskunde	533	638	607.000	732.000	24,3	36,6	45.600	57.400
Christian Science	16	16	12.000	12.000	0,5	0,6	31.250	37.500
Overige geneeswijzen	171	169	158.000	171.000	7,9	10,3	46.200	60.900
Totaal	1979	2.398	5.176.000	7.008.000	132,0	245,2		

a) Bij het bepalen van de consultkosten werd uitgegaan van een door Aakster voor 1976 bepaalde gemiddelde consultprijs van f. 40 (Aakster, Maatschappelijke achtergronden van de niet officiële gezondheidszorg, *Metamedica*, jg. 10, 1977, nr. 50, blz. 203) en een volgens Van Dijk medio 1978 berekende gemiddelde consultprijs van f. 50 (Van Dijk, *Prikactie, Nederlands Geneeskunst*, nr. 39, 1978, blz. 1443). Daar waar in de literatuur grote afwijkingen van deze gemiddelde consultprijzen werden aangetroffen (paranormale geneeswijzen, overige geneeswijzen) werden meer realistische bedragen gekozen.

b) Omwille van vergelijkbaarheid wordt het literatuurrapport gevolgd hoewel een ander CAG-rapport, *Alternatieve geneeswijzen in Nederland*, als uitkomst 162 antroposofische therapeuten geeft.

c) De totale consultkosten van de groep antroposofen, die veelal vergoed worden door het ziekenfonds, werden berekend door uit te gaan van een gemiddelde praktijkgrootte van 3.300 patiënten bij welke praktijkgrootte een gemiddeld bruto jaarinkomen van f. 200.000 resulteert (bron: Enquête LHV, zoals neergelegd in Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1978-1979, 15.420).

c) Omvat ook voedingstherapieën en kruidengeneeskunde.

Bron: 1979: *Medisch Compendium 1979*, blz. 383; 1979: C. W. Aakster en P. A. van Dijk, *Literatuurrapport alternatieve geneeswijzen*, 1980, blz. 14-16.

Onze analyse voert tot de conclusie dat eerder een kostenverhoging dan een kostenverlaging valt te verwachten van opname van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket. Voor het onderzoekjaar schatten wij een kostenstijging van f. 105 à 130 mln. (in gulden van 1979, of, in gulden van 1983 5), f. 125 à 155 mln.).

De omvang en de verwachte groei van de alternatieve gezondheidszorg

Door het ontbreken van een landelijk registratie- en informatie-systeem (zoals b.v. de KLOZ voor de reguliere gezondheidszorg) zijn wij genoodzaakt geweest om ons te baseren op schattingen op grond van enquêtes en onderzoeken onder gebruikers en beoefenaars van alternatieve geneeswijzen.

De meest recente onderzoeken op dit terrein zijn verricht door de CAG 6) en het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO) 7). Het feit dat de gegevens van het CAG een differentiatie per geneeswijze toelaten, vormt de reden waarom wij ons vooral zullen baseren op de gegevens van het CAG-rapport.

De alternatieve gezondheidszorg onderscheidt zich in ieder geval in één aspect niet van de reguliere: ook de alternatieve sector groeit! Tabel 1 laat zien dat niet alleen het aantal patiëntencontacten verdubbelde in een periode van 10 jaar (van ca. 3 mln. in 1969 tot 5 à 7 mln. in 1979) 8), maar dat ook het aantal genezers gestaag groeide (20% van 1976 tot 1979), terwijl de kosten in die periode toenamen met ruim f. 100 mln. Daarnaast valt de introductie van nieuwe geneeswijzen op, die soms (m.n. acupunctuur) een spectaculaire groei doormaken.

Eén van de belangrijkste verschillen tussen de reguliere en de alternatieve sector is het feit dat de consument van alternatieve geneeskundige hulp in de meeste gevallen zelf voor de kosten van die hulp opdraait (waarbij consultkosten van f. 50 geen uitzondering vormen). Vergelijkt men een dergelijke bereidwilligheid tot het brengen van een financieel offer met de protesten die de eigen bijdrage voor medicijnen veroorzaakte, dan zou men tot de conclusie kunnen komen dat alternatieve geneeswijzen blijkbaar als bijzonder waardevol worden beschouwd.

Men moet echter niet verwachten dat het slechten van de financiële barrière door opname in het ziekenfondspakket tot een gigantische stormloop op alternatieve genezers en genezeressen zal leiden, want het zijn niet de consultkosten die een belangrijke belemmering vormen voor het besluit bij onwelzijn een alternatieve genezer te raadplegen 9). Er is veelal ook sprake van een psychologische drempel die eerst wordt overwonnen als de reguliere medische zorg faalt. Berliner en Salmon 10) stellen dat „the resurgence of the holistic health movement in the 1970's can be... attributed to... increasing consumer dissatisfaction with the present system of medical care delivery”. Meijler verklaart hetzelfde verschijnsel uit „een groeiende teleurstelling” en het „op een aantal punten tekortschieten van de hele reguliere geneeskunde” 11).

Uit gegevens van het NIPG en de CAG 12) bleek dat ca. 85% van

de patiënten van alternatieve genezers pas gebruik gingen maken van alternatieve geneeswijzen nadat bevestigd was dat de reguliere geneeskunde hun niet (meer) bevredigend kon helpen (slechts ± 15% kan gerekend worden tot de groep „principiële gebruikers”). Het lijkt ons dan ook redelijk om te veronderstellen dat de groei van de alternatieve geneeswijze grotendeels zal voortspruiten uit ontevredenheid met de reguliere gezondheidszorg. Op basis van gegevens van het NIPG-onderzoek 13) kan worden geconcludeerd dat 5 tot 8% van de consumenten van reguliere geneeskunde (huisartsen, specialisten en/of ziekenhuizen) ontevreden tot zeer ontevreden is over de reguliere behandeling. Op grond van het percentage ontevreden en zeer ontevreden kunnen wij derhalve stellen dat maximaal 500.000 à 800.000 Nederlanders kunnen worden gerekend tot potentiële consumenten van alternatieve geneeswijzen 14). Daarmee zijn we er echter nog niet. Immers, niet alle ontevreden zullen een alternatieve therapie overwegen en bovendien zullen veel ontevreden pas na geruime tijd een overstap naar de alternatieve sector overwegen. Verschillende onderzoeken 15) hebben aangetoond dat het in het algemeen vrij lang duurt voordat men zich met zijn klachten tot de alternatieve therapeut wendt 16). Een voorzichtige schatting leidt tot de conclusie dat pas na minimaal vijf jaar (na

5) Berekend m.b.v. prijsindexcijfer hygiëne en medische verzorging, december '82 - CBS Maandschrift, maart 1983.

6) CAG, *Alternatieve geneeswijzen in Nederland*, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1981; C. W. Aakster en P. A. van Dijk, *Literatuurrapport alternatieve geneeswijzen*, VAR-reeks nr. 13, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1980.

7) H. H. B. Limberger, J. D. Mackenbach en W. Th. M. Ooyendijk, Het gebruik van alternatieve geneeswijzen in Nederland, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, jg. 59, 1981, nr. 7; W. Th. M. Ooyendijk e.a., Eerste verslag van een onderzoek naar gebruik van en tevredenheid met alternatieve en officiële geneeskunde, in: NIPG, *Wat heet beter?*, KRO-externe contacten, 1980, nr. 9.

8) Aakster en Van Dijk, op. cit., blz. 21.

9) NIPG, op. cit., blz. 36. Slechts 10% van de ondervraagden antwoordt op de vraag „wat waren de belangrijkste redenen om toch niet naar een dergelijke genezer te gaan?” dat hij/zij de bezoeken en de behandeling eigenlijk niet goed kon betalen.

10) H. S. Berliner en J. W. Salmon, The holistic alternative to scientific medicine: history and analysis, *International Journal of Health Services*, jg. 10 nr. 1, 1980, blz. 133.

11) „Zonder gezonde commerciële impulsen komen er geen nieuwe geneesmiddelen”, interview met dr. F. Meijler in *de Volkskrant* 12 maart 1983.

12) NIPG, op. cit., blz. 143; CAG op. cit., blz. 83.

13) NIPG, op. cit., blz. 36.

14) Volgens de NIPG-enquête maakt 27% van de Nederlandse bevolking geen gebruik van reguliere geneeskunde. Deze mensen maken hetzij alleen gebruik van alternatieve geneeswijzen hetzij in het geheel geen gebruik van geneeswijzen (en kunnen dus ook niet ontevreden zijn over de reguliere behandeling) en komen dus niet voor een eventuele overstap naar alternatieve geneeswijzen in aanmerking. De resterende 73%, ongeveer 10 miljoen mensen, bestaat dus uit 5 - 8% ontevreden, wat het aantal van 500.000 - 800.000 potentiële overstappers oplevert.

15) Aakster en Van Dijk, op. cit., blz. 34.

16) Cassee trekt zelfs de conclusie dat „men pas naar een onbevoegd genezer gaat nadat men denkt dat de arts niet meer kan helpen”. E. Th. Cassee, *Naar de dokter*, dissertatie, Boom, Meppel, 1973, blz. 123.

het optreden van de klacht) alle potentiële overstappers alternatieve geneeswijzen consumeren.

Wanneer wij veronderstellen dat de groei in de alternatieve gezondheidszorg over de jaren 1976-1979 een structureel karakter draagt, kunnen wij verschillende varianten voor het aantal potentiële overstappers berekenen:

- in de eerste variant (A) vormen de kosten geen belemmering voor toetreding tot de alternatieve sector. Onafhankelijk van het al dan niet vergoeden van alternatieve geneeswijzen zal deze groep de overstap van regulier naar alternatief maken. Deze autonome groei hebben wij berekend m.b.v. het gemiddelde groeipercentage uit de voorafgaande jaren en aldus bepaald op 60.000 overstappers per jaar. Uitgaande van 60% ziekenfondsverzekerden (17) betekent dit een aantal van 36.000 extra ziekenfondspatiënten die alternatieve geneeswijzen gaan consumeren;
- in de tweede variant (B) vormt het al dan niet erkennen van alternatieve geneeswijzen door de overheid een belangrijke beslissingsvariabele voor de eventuele overstap naar de alternatieve geneeswijzen. Erkenning van alternatieve geneeswijzen zal voor een aantal ontevreden een doorslaggevende prikkel zijn om over te stappen. Erkenning en de daarmee gepaard gaande vergoeding leidt er immers enerzijds toe dat de alternatieve geneeswijzen betaalbaar worden (óók voor particuliere patiënten; particuliere ziektekostenverzekeraars stemmen hun verzekeringspakket in grote lijnen af op dat van het ziekenfonds) en anderzijds dat ze uit de taboesfeer worden gehaald. Wanneer wij veronderstellen dat als gevolg van erkenning door de overheid in vijf jaar tijd 4% van de in 1978 reguliere geneeskunde gebruikende Nederlanders (ca. 10 miljoen, zie noot 14) besluit over te stappen naar de alternatieve sector (de ontevreden), kunnen wij het aantal potentiële overstappers stellen op 80.000 (waarvan 48.000 ziekenfondsverzekerden) per jaar;
- variant C verschilt van variant B in die zin dat we een meer optimistische veronderstelling ten aanzien van het percentage potentiële overstappers hebben gemaakt: 6% ontevreden in vijf jaar, hetgeen neerkomt op 120.000 overstappers (waarvan 72.000 ziekenfondsverzekerd) per jaar.

De verwachte kosten

De consultkosten

De vergoeding die de ziekenfondsen bij erkenning van de alternatieve geneeswijzen in 1979 zouden hebben toegekend is natuurlijk niet bekend. Wanneer we een indruk daarvan willen krijgen, zijn wij genoodzaakt om zelf „op de stoel van de ziekenfondsen te gaan zitten” en, rekening houdend met de geschiedenis en de huidige werkwijze van de fondsen, een mogelijke vergoedingsstructuur te ontwerpen.

Het belang van het ziekenfonds is in de eerste plaats gelegen in redelijke (lieftst geringe) kosten en in de tweede plaats in een algemene evenwichtigheid van alle uitgekeerde vergoedingen (waarbij beloning van alternatieve therapie min of meer gekoppeld moet zijn aan die van reguliere). Aldus kan men een bovengrens voor de vergoeding voor alternatieve therapie bepalen. De ondergrens van de beloningsstructuur wordt bepaald door het feit dat alternatieve genezers geen drastische achteruitgang van hun inkomen zullen accepteren (18), evenmin als een drastische verkleining van hun praktijkgrootte.

Een groot gedeelte van de alternatieve genezers is in het bezit van een regulier diploma, hetgeen bij de vaststelling van een vergoeding van groot belang is. Wij zullen dan ook onderscheid maken tussen alternatieve artsen, fysiotherapeuten en onbevoegden. De onbevoegde alternatieve genezers (d.i. degenen die niet in het bezit zijn van een regulier diploma en dus volgens de wet onbevoegd zijn om de geneeskunst te beoefenen) moeten hun praktijk geheel financieren uit de opbrengsten van hun consulten. Wij veronderstellen dat de consultprijs die zij in 1979 berekenden, geheel door het ziekenfonds zou zijn vergoed met dien verstande dat wij hierbij een maximum van f. 100.000 ziekenfondsvergoeding per jaar hebben gesteld (in overeenstemming met de norminkomens in de reguliere gezondheidszorg) (19). Wanneer de vergoeding de grens van f. 100.000 per jaar overtrof stelden wij de gemiddelde consultprijs zodanig vast dat

wel aan die restrictie werd voldaan.

De alternatieve artsen (alternatieve genezers in bezit van een regulier artsdiploma) ontvangen reeds door middel van een abonnementsstelsel een vergoeding voor hun ziekenfondspatiënten, maar brachten in een aantal gevallen de kosten van een alternatieve therapie apart in rekening aan de ziekenfondsverzekerde. De scheidslinje tussen de artsen die de alternatieve therapie wél door de patiënt laten betalen en de artsen die dat niet (of in geringe mate) doen, lijkt afhankelijk van de aard van de therapie. Alternatieve therapieën die nog sterk in de taboesfeer en buiten het reguliere circuit liggen (acupunctuur, natuurgeneeswijze) worden in het algemeen wél aan de patiënt doorberekend, de meer geaccepteerde therapieën (homeopathie, manuele geneeskunde, antroposofie) meestal niet. Wij veronderstellen derhalve dat de consultkosten van de eerste groep bij erkenning alsnog door het ziekenfonds moeten worden vergoed en hebben daarbij een standaardconsultprijs van f. 20,50 aangenomen (20). Van de tweede groep (homeopathie, manuele geneeskunde, antroposofische geneeswijze) veronderstellen wij dat al vóór erkenning de kosten door het ziekenfonds werden vergoed (althans de standaardconsultduur).

Fysiotherapeuten ontvangen in Nederland sinds 1975 een vergoeding van het ziekenfonds per consult. Wanneer alternatieve fysiotherapie erkend wordt, veronderstellen wij dezelfde consultvergoeding als bij reguliere fysiotherapie, hetgeen in 1979 neerkwam op f. 16 per standaardconsult (21).

Wat betreft de laatste twee groepen alternatieve genezers, de alternatieve artsen en fysiotherapeuten, hebben wij gemeend in zoverre rekening te moeten houden met de holistische benadering van de alternatieve geneeswijzen, dat waar een extra lange consultduur werd geclaimd, deze voor vergoeding in aanmerking te laten komen (22).

De op grond van bovenstaande veronderstellingen opgestelde vergoedingsstructuur en de daarmee gepaard gaande kosten voor het ziekenfonds zijn samengevat in tabel 2.

Geneesmiddelen

Naast de consultkosten bestaan de directe kosten (23) uit de kosten voor onderzoek, onderwijs, instrumentarium en geneesmiddelen. De drie eerstgenoemde kostenposten zijn te verwaarlozen zonder de analyse geweld aan te doen (24). Resteren de kosten van alternatieve geneesmiddelen. Over het geneesmiddelengebruik bij alter-

17) Van de Nederlandse bevolking is ca. 70% verzekerd bij het ziekenfonds (*Jaarverslag Ziekenfondsraad over 1979*, blz. 18). Uit verschillende onderzoeken blijkt echter dat het percentage ziekenfondsverzekerden onder consumenten van alternatieve geneeswijzen aanzienlijk lager ligt, te weten zo'n 50 à 60 (NIPG-enquête en P. A. van Dijk, op. cit.). Wij veronderstellen daarom in het vervolg een percentage ziekenfondsverzekerden van 60%.

18) Zie tabel 1 voor het gemiddelde bruto jaarinkomen per genezer voor de diverse geneeswijzen.

19) Voor 1977 was het norminkomen van een huisarts vastgesteld op f. 139.650 per jaar (Tweede Kamer der Staten-Generaal, zitting 1978 — 1979, 15 420). Wanneer daarvan ruwweg 70% ten laste komt van het ziekenfonds, betekent dit een normbijdrage van het ziekenfonds van f. 97.750. Op grond hiervan stelden wij de maximale vergoeding door het ziekenfonds aan alternatieve genezers in 1979 op f. 100.000.

20) *Jaarverslag Ziekenfondsraad over 1979*, blz. 24.

21) *Idem*, blz. 46.

22) Manuele geneeswijze, antroposofische geneeswijze en natuurgeneeswijze claimen een tweemaal zo lange consultduur als de standaardconsultduur. Antroposofische en manuele genezers in het bezit van een regulier diploma krijgen de standaard consultduur reeds vergoed, zodat bij erkenning een extra vergoeding van één standaardconsult moet worden berekend. Natuurgeneeskundigen ontvangen bij erkenning tweemaal de standaardvergoeding voor een consult.

23) Van indirecte kosten (d.i. productieverlies als gevolg van schadelijke effecten van alternatieve geneeskundige behandeling) wordt hier afgezien. De belangrijkste schadelijke effecten vloeien echter voort uit een foutieve diagnosestelling door alternatieve therapeuten. Het volstaat derhalve te eisen dat de diagnose gesteld zal worden door een reguliere therapeut om de verwaarlozing van deze indirecte kosten te rechtvaardigen.

24) De meeste alternatieve genezers maken weinig gebruik van instrumenten, die bovendien veelal eenvoudig en goedkoop zijn. Kosten van wetenschappelijk onderzoek zijn op korte termijn te verwaarlozen, daar het enige tijd duurt voordat een weloverwogen onderzoek van start kan gaan. Gegevens over de opleidingskosten waren summier: bij volledige bezetting van de onderwijs capaciteit zouden de opleidingskosten in 1974 ca. f. 3 mln. bedragen (P. A. van Dijk, *Geneeswijzen in Nederland*, Deventer, 1976).

Tabel 2. Veronderstelde^{a)} directe kosten voor de ziekenfondsen van vergoeding van alternatieve gezondheidszorg

Geneeswijze	Aantal beoefenaren			Patiëntencontacten Ziekenfonds	Vergoeding per consult in gld.	Consultkosten voor rekening ziekenfondsen in mln. gld.	Geneesmiddelen voor rekening ziekenfondsen in mln. gld.	Totale directe kosten in mln. gld.
	artsen	fysio- therapeuten	onbevoeg- den					
Acupunctuur	360	180	60	388.800 194.000 64.800	20,50 16,00 46,30	8,0 3,1 3,0	0	14,3
Antroposofische geneeswijze	60	27	78	540.000 121.500 342.000	20,50 16,00 22,22	11,1 19,5 7,6	12,7	50,9
Natuurgeneeswijze	30		200	42.000 280.200	40,50 50,00	1,7 14,0	4,1	19,8
Homeopathie	250		33	828.000 108.000	0,00 30,55	0 3,3	11,9	15,2
Paranormale geneeswijze			392	1.206.000	12,00	14,5	0	14,5
Manuele geneeswijze	593		45	408.000 30.960	18,25 ^{b)} 50,00	7,4 1,5	0	8,9
Christian Science			16	7.200	50,00	0,4	0	0,4
Overige			169	102.600	60,00	6,2	1,3	7,5
Totalen	1.500		991	4.664.000		101,5	30,0	131,5

a) Zie de tekst voor de gemaakte veronderstellingen.

b) Gemiddelde van twee standaardconsulten.

Bronnen: CAG, *Interimadvies acupunctuur*, VAR-reeks nr. 50, Den Haag, 1978, blz. 2; CAG, *Alternatieve geneeswijzen in Nederland*, Den Haag, 1981, blz. 126-128; C. W. Aakster en P. A. van Dijk, *Literatuuronderzoek alternatieve geneeswijzen*, VAR-reeks nr. 13, Den Haag, 1980, blz. 14-15.

Tabel 3. Veronderstelde extra directe kosten van ziekenfondsvergoeding van alternatieve gezondheidszorg voor drie groeivarianten

Geneeswijze	Aandeel in totale groei in procenten a)	Groei van het aantal patiëntencontacten ziekenfondsverzekerden × 1.000 b)			Gemiddelde consult- prijs in gld. c)	Totale kosten per geneeswijze in mln. gld.		
		A	B	C		A	B	C
Acupunctuur	39,1	140,8	328,4	422,3	22	17,4	21,5	23,6
Antroposofische geneeswijze	0	0	0	0	24	50,9	50,9	50,9
Natuurgeneeswijze	5,0	18,0	42,0	54,0	49	20,8	22,2	22,9
Homeopathie	34,4	123,8	289,0	371,5	3,50	16,5	18,4	19,3
Paranormale geneeswijze	13,9	50,0	116,8	150,1	12	15,1	15,9	16,3
Manuele geneeswijze	6,8	24,5	57,1	73,4	20	9,4	10,0	10,4
Christian science	0	0	0	0	50	0,4	0,4	0,4
Overigen	0,7	2,5	5,9	7,6	60	7,7	7,9	8,1
Totalen	100,0	359,6	839,2	1078,9		138,2	147,2	151,9

a) Het aandeel in de totale groei werd berekend door extrapolatie van de groeicijfers in de voorafgaande jaren voor de verschillende geneeswijzen.

b) De groei per geneeswijze is bepaald door de totale groei van het aantal patiëntencontacten voor de drie varianten (resp. 360.000, 840.000 en 1.080.000 waarbij is uitgegaan van gemiddeld 10 patiëntencontacten per patiënt per jaar) te vermenigvuldigen met het aandeel in de totale groei van de verschillende geneeswijzen (eerste kolom).

c) De gemiddelde consultprijs is bepaald door de verschillende consultvergoedingen per geneeswijze (zie tabel 2) te wegen met het aantal patiëntencontacten (voor artsen, fysiotherapeuten en onbevoegden).

natieve therapieën zijn vrijwel geen betrouwbare gegevens voorhanden. Wel kan men vaststellen dat geen geneesmiddelen worden toegepast bij acupunctuur, paranormale geneeswijze, „christian science” en manuele geneeskunde, zodat de directe kosten voor deze geneeswijzen uitsluitend uit de consultkosten bestaan.

Wat betreft de resterende alternatieve geneeswijzen zijn we genoodzaakt om ons te baseren op de uiterst ruwe indicatie over de consumptie van homeopatische en natuurgeneeskrachtige geneesmiddelen van Mastenbroek en Roelofsens (25). Op grond van deze gegevens veronderstelden wij een totale alternatieve geneesmiddelenconsumptie in 1979 van f. 50 mln. (waarvan 60%, f. 30 mln. ten laste van het ziekenfonds). Tevens namen wij aan dat de geneesmiddelenconsumptie evenredig verdeeld was over de patiëntencontacten bij de geneeswijzen waarbij geneesmiddelen wel een onderdeel van de therapie vormen. Aldus waren wij in staat de kosten van geneesmiddelen voor het ziekenfonds te berekenen, zoals weergegeven in tabel 2.

De financiële consequenties voor de ziekenfondsen van een groeiende toeloop naar alternatieve geneeswijzen volgens de varianten A, B en C zijn weergegeven in tabel 3.

De verwachte opbrengsten

De opbrengsten die gepaard gaan met vergoeding van alternatieve geneeswijzen bestaan uit een daling van het gebruik van reguliere geneeskunde (directe opbrengsten) alsmede een vermindering van maatschappelijke kosten (werkverzuim, arbeidsongeschiktheid

e.d.) door gezondheidswinst (indirecte opbrengsten). Alleen patiënten die als gevolg van vergoeding van alternatieve behandeling door het ziekenfonds besluiten over te stappen van de reguliere naar de alternatieve artsen (voortaan aangeduid met „overstappers”), leveren bij vergoeding de bovengenoemde opbrengsten op. Alleen deze groep patiënten is voor het berekenen van de mogelijke opbrengsten relevant. Het aantal overstappers bij ziekenfondsvergoeding hebben wij hiervoor bepaald op 48.000 (variant B) en 72.000 (variant C).

De overstappers naar de alternatieve geneeswijzen zullen minder gebruik maken van de reguliere geneeskunde. De mate waarin zij een verminderd beroep op de reguliere gezondheidszorg zullen doen is bepalend voor de hoogte van de opbrengsten. Wij veronderstellen dat de groep overstappers te splitsen is in de volgende twee categorieën:

- *dubbelgebruikers*: deze categorie patiënten blijft naast het gebruik van alternatieve geneeswijzen een evengroot beroep doen op de reguliere geneeskunde als voorheen;
- *enkelgebruikers*: deze categorie patiënten maakt na de overstap naar alternatieve geneeswijzen enkel en alleen gebruik van de diensten van alternatieve geneeswijzen.

25) Mastenbroek en Roelofsens, *Homeopatische geneeskunde*, doctoraalscriptie VU 1975, 6e druk, Alkmaar, 1980, blz. 15: „De consumptie van homeopatische geneesmiddelen (bedraagt) in geld uitgedrukt... ca. 2% van de totale geneesmiddelenconsumptie”. L. Reijnders (*Geneesmiddelen in Nederland*, VGA, 1981, blz. 11) schat de totale geneesmiddelenconsumptie in Nederland voor 1978 op f. 2 à 2½ mrd.

In de praktijk zullen de beide categorieën niet veelvuldig voorkomen, maar het gaat hier dan ook om een werkhypothese: twee patiënten met een overeenkomstig gebruik van reguliere geneeskunde die beiden na de overstap nog voor 50% een beroep zullen blijven doen op de reguliere geneeskunde (t.o.v. de oorspronkelijke situatie) zijn immers theoretisch te splitsen in één enkel- en één dubbelgebruiker. De verdeling tussen het aantal enkel- en dubbelgebruikers bepaalt de mate waarin het beroep op de reguliere geneeskunde zal dalen. Wij veronderstellen de volgende twee verdelingsvarianten:

- variant I: 25% van het aantal overstappers is dubbelgebruiker;
- variant II: 50% van het aantal overstappers is dubbelgebruiker.

Aangezien de kans op een onvolledige of verkeerde diagnose door een onbevoegd alternatieve genezer geenszins te verwaarlozen is (26), hebben wij verondersteld dat bij wettelijke erkenning van alternatieve geneeswijzen diagnosestelling door een gediplomeerd arts verplicht wordt gesteld alvorens men zich door een alternatieve genezer mag laten behandelen. Hiermee worden alternatieve genezers op dit punt gelijkgeschakeld met paramedische beroepsbeoefenaren en specialisten. Deze veronderstelling heeft tot gevolg dat ook enkelgebruikers gebruik blijven maken van de diensten van de huisarts, hetgeen betekent dat vergoeding van alternatieve geneeswijzen niet leidt tot een besparing op de ziekenfondsuitgaven aan huisartsen (aangezien deze niet per patiëntcontact maar per patiënt worden betaald). De besparing als gevolg van een geringer gebruik van reguliere geneeskunde zal dan ook in hoofdzaak liggen op het terrein van een verminderd beroep op specialistische hulp.

Opbrengsten van een verminderde verwijzing naar specialisten

Uit onderzoek van het NIPG/TNO (27) bleek dat van de patiënten van specialisten 5% ontevreden en 2% zeer ontevreden was over de specialistische behandeling. Wij nemen aan dat alleen de zeer ontevreden op korte termijn gerekend kunnen worden tot de potentiële overstappers. De opbrengsten van een verminderd gebruik van specialistische hulp liggen voornamelijk op een tweetal terreinen:

- a. besparing op het aantal *verpleegdagen* t.g.v. specialistische behandeling;
- b. besparing op het aantal *verrichtingen* door specialisten.

Ada. Besparing op het aantal verpleegdagen. Eenvoudshalve zullen wij veronderstellen dat het aantal verpleegdagen en verrichtingen evenredig verdeeld is over de patiënten van specialisten. De opbrengst van een daling van het aantal verpleegdagen kunnen wij onderverdelen in een besparing op de honoraria voor specialisten voor verpleegdagen en een besparing op overige kosten voor verpleegdagen. De honorering van specialisten per verpleegdag bedroeg in 1979 f. 4,86, terwijl er in dat jaar circa 18,5 mln. verpleegdagen (28) voor ziekenfondsverzekerden werden geregistreerd. De kosten voor het ziekenfonds van honoraria aan specialistenverpleegdagen bedroegen dus f. 90 mln. De kosten per verpleegdag voor het ziekenfonds waren in 1979 f. 254 (29). Het grootste gedeelte van de kosten voor verpleegdagen zijn op korte termijn te beschouwen als vaste kosten. Wel variabel op korte termijn zijn de kosten van voeding en van medische en verzorgingsmiddelen (incl. onderhoud en aanvulling van inventarissen en voorraden). Wij nemen daarom aan dat ongeveer 5% van de kostprijs van een verpleegdag op korte termijn variabel is (2% voeding, 3% middelen), wat neerkomt op een bedrag van f. 12,70 per verpleegdag.

Het aantal verpleegdagen was circa 18,5 mln., zodat de totale op korte termijn variabele kosten voor verpleegdagen te bepalen zijn op f. 235 mln.

Ad b. Besparing op het aantal verrichtingen. De totale kosten voor verrichtingen door specialisten waren in 1979 circa f. 215 mln. voor het ziekenfonds (30). Wij kunnen de opbrengsten van een verminderde verwijzing naar specialisten samenvatten in de bovenstaande tabel.

Opbrengsten van een verminderde consumptie van reguliere geneesmiddelen

Overstappers naar alternatieve geneeswijzen lopen in het alge-

Tabel 4. Directe opbrengsten van verminderde verwijzing naar specialisten

	Totale kosten in mln. gld.	Besparingen variant I a)	Besparingen variant II b)
Verpleegdagen:			
— honoraria specialisten	90	1,35	0,90
— voeding en middelen	235	3,50	2,35
Verrichtingen	215	3,25	2,15
Totaal	540	8,10	5,40

a) Uitgaande van 2% minder gebruik van specialisten van 75% enkelgebruikers zijn de besparingen volgens variant I: $75\% \times 2\% = 1,5\%$ van het totale bedrag.

b) Bij 50% enkelgebruikers zijn de besparingen derhalve: $50\% \times 2\% = 1\%$ van het totale bedrag.

meen reeds geruime tijd met hun kwaal rond, gedurende welke tijd zij regelmatig geneesmiddelen consumeren (31). Wij nemen dan ook aan dat alle overstappers geregeld geneesmiddelen gebruikten voordat zij de alternatieve genezer gingen bezoeken. Bovendien veronderstellen wij dat ook ten aanzien van het geneesmiddelengebruik de overstappers zijn te splitsen in een categorie dubbelgebruikers (overstappers die evenveel reguliere geneesmiddelen blijven gebruiken als voorheen) en een categorie enkelgebruikers.

Het aantal overstappers werd geschat op resp. 48.000 en 72.000. Naarmate er meer patiënten overstappen worden de opbrengsten groter. Wanneer wij variant I beschouwen als de optimistische variant (vanwege de hogere opbrengsten door het lagere dubbelgebruik) en variant II als de pessimistische, dan is het logisch om variant I te associëren met 72.000 overstappers (maximalisatie van de potentiële opbrengsten) en variant II met 48.000 overstappers (minimalisatie potentiële opbrengsten).

De kosten voor genees- en verbandmiddelen bedroegen in 1979 f. 91,17 per verzekerde (32) (excl. afleveringskosten, die als vaste kosten beschouwd kunnen worden). Door 59% van de bevolking wordt géén (of sporadisch) gebruik gemaakt van medicijnen (33). Aannemende dat het aantal geneesmiddelenconsumenten evenredig is verdeeld over particuliere en ziekenfondspatiënten, kunnen wij de kosten voor genees- en verbandmiddelen per verzekerde geneesmiddelengebruiker bepalen op $91,17/41\% = f. 225$. Wij kunnen nu de opbrengsten van een verminderde geneesmiddelenconsumptie voor beide verdelingsvarianten als volgt berekenen:

- variant I: $75\% \times 72.000 \times 225 = f. 12,15$ mln.
- variant II: $50\% \times 48.000 \times 225 = f. 5,40$ mln.

De totale directe besparing die ziekenfondsvergoeding voor alternatieve geneeswijzen oplevert bedraagt volgens onze schatting derhalve:

- f. 20,25 mln. volgens variant I;
- f. 10,80 mln. volgens variant II.

Indirecte opbrengsten

Uit enquêtes en onderzoeken die werden verricht naar de subjectief ervaren verbetering van de gezondheidstoestand bij patiënten van alternatieve genezers bleek in alle gevallen dat 40% of meer zich genezen of aanzienlijk verbeterd voelde. Verreweg de meeste patiënten van alternatieve genezers (ca. 85%) zijn naar een dergelijke genezer toegestapt omdat de reguliere geneeskunde hen niet (meer)

26) Gezondheidsraad, *Advies inzake acupunctuur*, VAR-reeks nr. 11, Den Haag, 1978, blz. 7 en 56. De Gezondheidsraad is van mening dat de meeste directe schadelijke effecten van een behandeling met alternatieve geneeswijzen voortkomen uit de onvolledige diagnostiek van de alternatieve genezers.

27) NIPG, op. cit., blz. 14.

28) *Jaarverslag Ziekenfondsraad over 1979*, blz. 44; *Jaarboek LISZ 1980*, Zeist, 1982, blz. 46—47, tabel 4.1

29) *Jaarverslag Ziekenfondsraad over 1979*, blz. 55.

30) Idem, blz. 44; *Jaarboek LISZ 1980*, blz. 158—159, tabel 8.5. Uit deze bronnen volgden achtereenvolgens de gemiddelde kosten per verrichting (f. 90) en het totaal aantal verrichtingen (2,4 mln.).

31) Aakster en Van Dijk, op. cit., blz. 34 e.v.; Cassee, op. cit., blz. 123; en W. A. van Stiphout en A. Verheggen, *Retrospectief onderzoek naar de positieve resultaten van de behandeling met homeopathie en acupunctuur*, scriptie, Nijmegen, 1980.

32) *Jaarverslag Ziekenfondsraad over 1979*, blz. 30.

33) CBS, *Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland 1979*, Den Haag, 1980, blz. 433, tabel 12.5

bevredigend kon helpen 34). Wanneer we aannemen dat 40% van de overstappers naar alternatieve geneeswijzen baat vindt bij de alternatieve therapie, dan is dit aan te merken als pure gezondheidswinst, aangezien die 40% door de reguliere geneeskunde blijkbaar niet (meer) afdoende kon worden geholpen. De indirecte besparingen die met deze gezondheidswinst gepaard gaan, zijn onder te verdelen in produktiviteitswinst door een lager ziekteverzuim en hogere arbeidsprestaties vanwege een gezondheidsverbetering en in een verminderd beroep op de sociale voorzieningen (m.n. AAW en WAO) door herintreding in het arbeidsproces van uitkeringsgerechtigden.

De bovengenoemde voordelen zijn echter onmogelijk te kwantificeren en bovendien zijn de financiële consequenties voor het rijk volstrekt ondoorzichtig. Om althans een indicatie te kunnen geven van de mogelijke indirecte opbrengsten hebben wij de volgende vijf veronderstellingen gemaakt:

- het percentage overstappers dat geneest of althans zodanig verbeterd dat weer normaal aan het arbeidsproces kan worden deelgenomen bedraagt 40%;
 - een verminderde aanspraak op sociale voorzieningen zullen wij in het vervolg interpreteren als een verminderde aanspraak op uitkeringen uit de AAW en de WAO, aangezien de meeste patiënten die naar alternatieve genezers overstappen reeds langer dan één jaar met hun kwaal worstelen;
 - 10% van het aantal overstappers krijgt een AAW- of WAO-uitkering 35);
 - wij onderscheiden met betrekking tot het percentage patiënten dat na genezing (weer) een baan kan vinden wederom een optimistische (O) en een pessimistische variant (P), te weten:
 - variant O: 25% van het aantal patiënten dat geneest en vóór die genezing aanspraak maakte op een sociale uitkering, kan binnen een jaar (weer) een baan vinden;
 - variant P: 10% van het aantal mensen dat vóór genezing door een alternatieve genezer een beroep deed op een uitkering kan binnen een jaar (weer) een baan vinden;
- Deze hypothese (en daarmee de indirecte opbrengsten in het algemeen) is bijzonder conjunctuurgevoelig. In 1979, het jaar waarop wij onze berekeningen baseren, was de situatie op de arbeidsmarkt aanmerkelijk beter dan nu. Wellicht was in 1979 variant O meer ter zake, terwijl in 1983 variant P misschien zelfs nog te optimistisch is;
- de AAW- en WAO-uitkeringen die na een alternatieve geneeskundige behandeling wél genezen maar géén baan kunnen vinden, brengen geen additionele kosten of opbrengsten met zich.

Het totaal aantal overstappers (ziekenfonds- en particulier verzekerden) schatten wij, zoals al eerder vermeld, op 80.000 resp. 120.000. Wij zullen wederom de 120.000 overstappers associëren met de optimistische variant en 80.000 overstappers met de pessimistische variant. De totale kosten van AAW en WAO bedroegen in 1979 f. 13,875 mrd. Beide regelingen telden in totaal 622.600 uitkeringsstrekkers 36), zodat de gemiddelde kosten per uitkeringsstrekker kan worden bepaald op f. 22.285.

Met behulp van bovenstaande gegevens en veronderstellingen kunnen nu de indirecte opbrengsten voor beide varianten worden berekend:

- variant O: $25\% \times 120.000 \times 40\% \times 10\% \times 22.285 = f. 26,75$ mln.;
- variant P: $10\% \times 80.000 \times 40\% \times 10\% \times 22.285 = f. 7,10$ mln.

Op grond van bovenstaande berekeningen van directe en indirecte opbrengsten kunnen wij de mogelijke baten van ziekenfondsvergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen bepalen in mln. gld.:

	Variant O	Variant P
Directe opbrengsten	20,25	10,80
Indirecte opbrengsten	26,75	7,10
Totale opbrengsten	47,00	17,90

Conclusie

We kunnen nu de financiële consequenties van erkenning en ver-

goeding van alternatieve geneeswijzen bepalen. Zij zijn samengevat in tabel 5.

Tabel 5. Financiële consequenties voor de ziekenfondsen van opname van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfondspakket in 1979, in mln. gld.

	Optimistische variant (72.000 ziekenfondsverzekerde overstappers)	Pessimistische variant (48.000 ziekenfondsverzekerde overstappers)
Totale kosten	- 151,9	- 147,2
Directe opbrengsten	20,25	10,80
Indirecte opbrengsten	26,75	7,1
Saldo	- 104,90	- 129,30

Opname van alternatieve geneeswijzen in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen betekent op korte termijn dus een kostenverhoging voor de samenleving van f. 105 à 130 mln. De pretentie van voorstanders van opname van alternatieve geneeswijzen in het ziekenfonds dat vergoeding kostenbesparend werkt, is naar onze mening onjuist. Wanneer men vergoeding van alternatieve geneeswijzen wil financieren door een premieverhoging, dan zou een stijging van de gemiddelde jaarlijkse premie met f. 12 à 14 nodig zijn.

Dat vergoeding voor de kosten van alternatieve geneeswijzen kostenverhogend werkt is te wijten aan het feit dat de 420.000 ziekenfondspatiënten die begin 1979 grotendeels zelf voor de kosten van alternatieve geneeskundige behandeling opdraaiden, een zware kostenpost zouden gaan vormen f. 138,2 mln. (zie tabel 2). Er moet echter worden opgemerkt dat de additionele toestroom van patiënten (de overstappers van reguliere naar alternatieve medische zorg) wél kostenbesparing oplevert. De kosten per overstapper bedragen globaal f. 190 terwijl de opbrengsten variëren van ±f. 440 in de meest pessimistische tot f. 750 in de meest optimistische variant. Op basis van o.a. deze gegevens kan worden berekend dat ziekenfondsvergoeding van alternatieve geneeswijzen pas kostenbesparend zal zijn wanneer in het eerste jaar (hier: 1979) 325.000 (in de optimistische variant) tot 735.000 (in de pessimistische variant) patiënten overstappen op alternatieve genezers. Ook in daaropvolgende jaren zal een niet onbelangrijk aantal patiënten moeten overstappen om de kosten op langere termijn te dekken. Deze aantallen overstappers zullen waarschijnlijk nooit worden bereikt. Enerzijds omdat, zoals gezegd, in de huidige situatie de kosten geen belangrijke belemmering vormen voor het besluit een alternatieve genezer te raadplegen. Vergoeding van die kosten zal geen stormloop op alternatieve geneeswijzen teweegbrengen. Anderzijds is het onwaarschijnlijk dat ook in latere jaren een groot aantal mensen t.g.v. de vergoeding de overstap zal maken. Kostenbesparing op langere termijn lijkt daardoor eveneens onwaarschijnlijk.

Ten slotte willen wij nog opmerken dat het aantonen van het feit dat het argument van kostenbesparing op korte en middellange termijn niet deugt, geen oordeel inhoudt over de wenselijkheid van erkenning van alternatieve geneeswijzen. In de discussie over die erkenning spelen meer argumenten dan louter economische een rol. Uitkomsten van het NIPG/TNO-onderzoek wijzen erop dat een meerderheid van de Nederlandse bevolking de erkenning van alternatieve geneeswijzen dermate belangrijk acht dat men daarvoor een financieel offer (premiieverhoging) wil brengen (tabel 7).

Vergelijking met andere studies

Het werkstuk van Ellenbroek

Tot voor kort was het enige onderzoek op het terrein van de kos-

34) CAG, op. cit., blz. 83.

35) W. A. van Stiphout en A. Verheggen, op. cit. Zij onderzochten 61 patiënten, waarvan er 7 een WAO-uitkering ontvingen. Hoewel de gegevens over dit punt dus zeer summier zijn (61 patiënten is wel erg weinig) hebben wij toch gemeend op basis daarvan de hypothese te moeten maken om althans enig inzicht te kunnen krijgen in de mogelijke omvang van de indirecte opbrengsten.

36) CBS, *Statistical Yearbook of the Netherlands 1980*, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1981, blz. 362, tabel V-17.

Tabel 6. Reacties op de stelling „Alternatieve geneeswijzen moeten in het ziekenfondspakket worden opgenomen ook als de premie daardoor hoger zou worden”, in procenten

Eens/oneens	Gebruikers alternatieve geneeswijzen	Niet-gebruikers alternatieve geneeswijzen	Totaal
1. Volledig mee eens	28	15	17
2. Mee eens	31	27	27
3. Aarzelend mee eens	14	15	15
4. Aarzelend mee oneens	4	7	6
5. Niet mee eens	13	18	17
6. Volledig mee oneens	5	8	7
7. Geen mening	5	11	10

Bron: NIPG, *Wat heet beter*, KRO-externe contacten, 1980, blz. 16, tabel 10

ten en baten van vergoeding voor alternatieve geneeswijzen een werkstuk van A. J. Th. Ellenbroek 37). Daarin wordt een bedrag aan besparingen genoemd van f. 400 mln. en dat alleen nog maar door homeopathie in het ziekenfondspakket op te nemen. Regelmatig wordt dit bedrag genoemd ter ondersteuning van de eis van ziekenfondsvergoeding voor alternatieve geneeswijzen.

Voor een juiste oordeelsvorming is het nuttig de grondslagen van Ellenbroeks becijfering uiteen te zetten. Ellenbroek berekent in zijn hoofdstuk „Speculatieve conclusies” de besparingen als volgt:

- besparing op genes- en verbandmiddelen	f. 125 mln. per jaar
- besparing op specialistische hulp	f. 143 mln. per jaar
- besparing op ziekenhuisopnames	f. 123 mln. per jaar
- totale besparing	f. 391 mln. per jaar

Deze bedragen baseert hij o.a. op de volgende veronderstellingen:

- na ziekenfondsvergoeding van alternatieve geneeswijzen (i.c. homeopathie) gaan alle huisartsen homeopathie toepassen;
- besparing van één verpleegdag betekent een besparing van de totale kosten die het ziekenfonds per verpleegdag rekent, m.a.w. Ellenbroek veronderstelt dat de kosten per verpleegdag volledig variabel zijn, terwijl wij op basis van de kostenopbouw van ziekenhuizen de variabele kosten op 5% stelden.

De eerste veronderstelling lijkt ons zeer onrealistisch, de tweede veronderstelling is onjuist. Bovendien beweert Ellenbroek dat voor homeotherapie een langere consultduur is vereist zonder dat hij hieruit consequenties trekt voor de kosten van de therapie. In het licht van het bovenstaande kunnen wij vaststellen dat de besparingen die Ellenbroek ons voorspiegelt, onrealistisch zijn en niet kunnen dienen als argument voor uitbreiding van het ziekenfondspakket met alternatieve geneeswijzen.

Het onderzoek van Aakster

Onlangs is er een tweede onderzoek verschenen waarin wordt ingegaan op de kosten en baten van alternatieve geneeswijzen. C. W. Aakster berekende, in een door Biohorma (dr. Vogel) gefinancierd onderzoek onder 112 patiënten, dat alternatieve geneeswijzen aan maatschappelijke kosten een besparing van f. 1,3 mrd. kunnen opleveren. De berekening verliep als volgt. Aakster constateerde dat de 112 patiënten ten tijde van het half jaar alternatieve behandeling gemiddeld f. 1.936 minder aan maatschappelijke kosten (d.i. kosten van medische behandeling, werkverzuim en functionele beperkingen) veroorzaakten dan tijdens het half jaar voorafgaande aan deze alternatieve behandeling. Aakster concludeert vervolgens dat „zouden alle 700.000 Nederlanders die jaarlijks gebruikmaken van alternatieve geneeswijzen (zie CAG-rapport) deze zelfde therapie gevolgd hebben, dan zouden zij gezamenlijk dus (!) 1,3 miljard gulden aan maatschappelijke kosten bespaard kunnen hebben”.

In antwoord op schriftelijke Kamervragen bij de begrotingsbehandeling van Volksgezondheid of homeopathie inderdaad de door Aakster berekende aanzienlijke besparing zou kunnen opleveren, zei staatssecretaris Van der Reijden (WVC) dat het onderzoek van Aakster „op een aantal essentiële punten de toets der kritiek niet kan doorstaan” en dat „de voorgespiegelde kostenbesparingen als niet realistisch van de hand moeten worden gewezen” 39). Wij kunnen dit antwoord van Van der Reijden volledig onderschrijven. Zelfs wanneer we veronderstellen dat het door Aakster berekende

bespaarde bedrag van f. 1.936 per patiënt correct is, lijdt de berekening nog aan de volgende twee ernstige tekortkomingen.

Aakster beschouwt de gegevens over de kostenbesparingen van de door hem onderzochte groep van 112 patiënten representatief voor alle 700.000 patiënten van alternatieve genezers. Dit lijkt ons volstrekt onjuist, om de volgende redenen. In de eerste plaats zijn de verschillende alternatieve geneeswijzen zeer uiteenlopend van aard. De CAG onderscheidt acht hoofdcategorieën, waarvan elk onderverdeeld is in talloze subcategorieën. De verschillende alternatieve geneeswijzen hebben elk weer een bepaald indicatiegebied, waarop de betreffende geneeswijze werkzaam wordt geacht. Aakster onderzoekt slechts één van de vele therapievormen, nl. de homeo- en fytotherapie. Wanneer hij zijn onderzoek betreft op het totale patiëntenbestand van alternatieve geneeswijzen gaat hij er impliciet van uit dat zijn therapievorm een middel is tegen alle kwalen (waardoor overigens de andere alternatieve geneeswijzen overbodig worden). Evenmin als een blindedarmoperatie helpt bij een beenbreuk lijkt de homeotherapie toepasbaar op het totale indicatiegebied van alternatieve geneeswijzen! Zoals al duidelijk werd in de kostenparagraaf, lopen bovendien de kosten van de verschillende alternatieve therapievormen nogal uiteen. Wanneer Aakster de kostenbesparing door toepassing van homeotherapie representatief acht voor alle alternatieve geneeswijzen vergelijkt hij onvergelykbare zaken. Om bij het vorige voorbeeld aan te sluiten, evenmin als de kosten van een blindedarmoperatie representatief zijn voor de kosten van het zetten van een been, zijn de kosten van homeotherapie representatief voor de kosten van acupunctuur of gebedsgenezing. Zelfs al zou homeotherapie representatief zijn voor alle alternatieve geneeswijzen (en hun indicatiegebied) lijkt in de derde plaats een steekproef van 112 veel te klein om een uitspraak te doen over een groep van 700.000.

De tweede tekortkoming is dat over het hoofd wordt gezien dat voor de kostenbesparingen in feite alleen de groep potentiële overstappers van belang zijn en niet de totale groep gebruikers van alternatieve geneeswijzen, die immers reeds de veronderstelde besparingen op eigen kosten hebben opgebracht. Het aantal overstappers hebben wij geschat op 48.000 c.q. 72.000 ziekenfondspatiënten. Wanneer wij de ons inziens onjuiste veronderstelling van Aakster hanteren en derhalve de 112 onderzochte patiënten representatief achten voor de groep overstappers, dan zijn de maximale besparingen $72.000 \times f. 1.936 = f. 140$ mln. Bovendien moeten dan ook de kosten van 60% van de 700.000 mensen die voorheen zelf voornamelijk de alternatieve genezer betaalden, door het ziekenfonds worden vergoed, hetgeen zo'n f. 130 mln. kost (zie tabel 2). Enkele voor de hand liggende correcties in de berekening van de besparing resulteren in een drastische verlaging van het voordeel van f. 1,3 mrd. tot f. 10 mln., nog zonder de aanvechtbare veronderstelling van representativiteit te laten vallen. Het onderzoek van Aakster lijkt ons dan ook volstrekt ontoereikend om de pretenties van sommige voorstanders van alternatieve geneeswijzen met betrekking tot kostenbesparing te staven.

Tot slot

De eindconclusie van dit artikel is dat de samenleving op korte termijn geen financieel voordeel kan behalen door alternatieve geneeswijzen in het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen op te nemen. Onze berekeningen, die noodzakelijkerwijze een tentatief karakter dragen, wijzen in de richting van een kostenverhoging tussen f. 105 mln. en f. 130 mln. voor het eerste jaar waarin de kosten van alternatieve medische behandelingen worden vergoed. Hoewel onze schatting niet meer is dan een „educated guess”, toont zij aan dat eerdere becijferingen, die besparingen van resp. f. 400 mln. en f. 1,3 mrd. per jaar in het vooruitzicht stelden, als schromelijk overdreven van de hand moeten worden gewezen.

P. A. G. van Bergeijk
F. T. Schut

37) A. J. Th. Ellenbroek, *Homeotherapie, mogelijke consequenties voor de gezondheidszorg*, Werkstuk voor de Afdeling Sociale Geneeskunde, Nijmegen, september 1974.

38) C. W. Aakster, *Onderzoek naar de effectiviteit van de homeo- en fytotherapie*, 1982.

39) *de Volkskrant*, 9 februari 1983, blz. 6.