

Complementair werkende huisartsen en de kosten van zorg

Een klein aantal Nederlandse huisartsen heeft zich, naast het voltooien van de reguliere huisartsenopleiding, aanvullend geschoold in complementaire behandelwijzen. De zorgkosten van de patiënten van deze complementaire huisartsen die gedekt worden door de basisverzekering zijn substantieel lager dan die van sociaal-economisch vergelijkbare patiënten met een reguliere huisarts, met name in het laatste levensjaar. Voor een goede sturing op kosten-effectiviteit in de zorg is verder onderzoek naar financiële en gezondheidseffecten van complementaire behandelwijzen gewenst.

PETER KOOREMAN

Hoogleraar aan de Universiteit van Tilburg

ERIK BAARS

Lector aan de Hogeschool Leiden en senior-onderzoeker bij het Louis Bolk Instituut

Een paar procent van de Nederlandse huisartsen heeft zich, naast het voltooien van de reguliere huisartsenopleiding, aanvullend geschoold in complementaire geneeswijzen. De meest voorkomende aanvullende opleidingen zijn acupunctuur, antroposofische geneeskunde en homeopathie. Kenmerkend voor deze geneeswijzen is de holistische benadering van de mens (in tegenstelling tot een partiële of orgaan-specifieke benadering), terughoudendheid met betrekking tot de inzet van allopathische geneesmiddelen en het gebruik van *health promotion*-therapieën (zoals kunstzinnige therapie) die veelal niet door de basisverzekering gedekt worden. Gezien de toenemende noodzaak om zorguitgaven te verminderen en gezien de resultaten van een recente review over kosteneffecten van complementaire behandelwijzen (Herman *et al.*, 2012) en onze eigen studie naar kostenverschillen tussen patiënten van reguliere en van complementaire huisartsen (Kooreman en Baars, 2012), worden in dit artikel opnieuw de zorgkosten van de patiënten van deze twee typen huisartsen vergeleken, maar nu bij een veel grotere groep. Daarbij wordt alleen gekeken naar kosten die door de

zorgverzekeraar worden vergoed, met een onderscheid tussen de verplichte basisverzekering en de vrijwillige aanvullende verzekering.

DE AGIS HEALTH DATABASE

Het onderzoek maakt gebruik van geanonimiseerde gegevens uit de Agis Health Database (Smeets *et al.*, 2010), waarin gegevens voor alle verzekerden van Agis zijn vastgelegd. Van elke verzekerde in dit databestand is bekend bij welke huisarts of huisartsenpraktijk hij of zij staat ingeschreven. Door deze informatie te vergelijken met die op de websites van de beroepsverenigingen van antroposofische artsen (www.nvaa.nl), arts-acupuncturisten (www.acupunctuur.com) en arts-homeopaten (www.vhan.nl) kan worden vastgesteld of een verzekerde een complementair werkende huisarts heeft. In het databestand komen 9.323 huisartsen en huisartsenpraktijken voor, waarvan 109 als complementair werkend konden worden geïdentificeerd. Het merendeel van de complementair werkende huisartsen in dit databestand zijn antroposofische huisartsen. Het bestand bevat zorgverzekeringsgegevens van ruim 1,5 miljoen verzekerden gedurende de jaren 2006–2011. Bijna 19.000 verzekerden daarvan, ofwel 1,2 procent, hadden gedurende de hele periode een complementair werkende huisarts. Ruim 10.000 andere verzekerden hadden in sommige jaren een reguliere en in andere jaren een complementair werkende huisarts. Zij zijn geïdentificeerd als overstappers. Gemiddeld was deze laatste groep verzekerden drie jaar bij een reguliere en drie jaar bij een complementair werkende huisarts ingeschreven. Kader 1 laat zien in welk opzicht de analyse verschilt van eerder kostenonderzoek naar complementair werkende huisartsen.

Tabel 1 vermeldt voor drie groepen patiënten in het Agis-bestand achtergrondkarakteristieken en de gemiddelde jaarlijkse zorgkosten: patiënten die uitsluitend bij een reguliere huisarts ingeschreven waren, patiënten die uitsluitend bij een complementair werkende arts ingeschreven waren, en patiënten die een of meer keren zijn overgestapt van het ene naar het andere type huisarts.

Tabel 1 laat allereerst zien dat verzekerden die uitsluitend bij een complementair werkende huisarts waren ingeschreven iets ouder en vaker vrouw zijn, en minder vaak afkomstig uit achterstandswijken. De verzekerden die uitsluitend bij een regulier werkende huisarts waren ingeschreven en de groep overstappers komen grotendeels overeen qua sociaal-economische karakteristieken.

De kosten gedekt door de basisverzekering van patiënten met uitsluitend een complementair werkende huisarts zijn gemiddeld 183 euro per jaar (10,1 procent) lager dan die van patiënten met uitsluitend een reguliere huisarts. Dat komt vooral door lagere kosten voor farmaceutische zorg en ziekenhuiszorg, zoals de uitsplitsing in tabel 1 laat zien. De kosten van overstappers zijn hoger. Dat suggereert dat overstappers meer met (chronische) ziektes te maken hebben; mogelijk is dat een aanleiding voor het maken van de overstap.

In het algemeen worden de meeste kosten gemaakt in het laatste levensjaar. Voor verzekerden die tussen 2007 en 2011 zijn overleden kunnen die kosten worden vastgesteld door te kijken naar het kwartaal van overlijden plus de drie voorgaande kwartalen. Deze zijn 1.451 euro (9,9 procent) lager wanneer de verzekerde een complementair werkende huisarts heeft.

ACHTERGRONDKENMERKEN

De betekenis van de gevonden verschillen is beperkt vanwege de verschillende achtergrondkarakteristieken van de twee groepen verzekerden. Daarom wordt gecorrigeerd voor geobserveerde kenmerken door middel van een regressieanalyse met diverse verklarende variabelen: leeftijd, geslacht, jaardum-

my's, dummy's voor de viercijferige postcode van de patiënt en een dummyvariabele voor het hebben van een complementair werkende huisarts. De geschatte coëfficiënten voor de laatstgenoemde variabele staan vermeld in tabel 2. De groep overstappers blijft in eerste instantie buiten beschouwing.

De kostenverschillen zijn nu fors groter dan in tabel 1. De kosten gedekt door de basisverzekering zijn gemiddeld 225 euro per jaar (12,4 procent) lager voor patiënten met een complementair werkende huisarts (significant op eenprocentniveau). Dat komt vooral door lagere kosten voor ziekenhuis- en farmaceutische zorg. Voor verzekerden in de leeftijdscategorie 50–75 jaar bedraagt het verschil eveneens ruim twaalf procent, maar gaat het om hogere absolute bedragen: 356 euro per jaar (significant op eenprocentniveau).

Tegenover lagere kosten gedekt door de basisverzekering staan hogere kosten gedekt door aanvullende verzekeringen, gemiddeld 33 euro per jaar. Per saldo zijn de door de verzekeraars vergoede kosten ruim lager ($-225 + 33 = -192$ euro) voor verzekerden met een complementair werkende huisarts.

De kosten gedekt door de basisverzekering in het laatste levensjaar bij patiënten met een complementair werkende huisarts liggen, na correctie voor geobserveerde achtergrondkenmerken, 1.161 euro lager (significant op tienprocentniveau). Dat verschil wordt volledig veroorzaakt door lagere ziekenhuiskosten (1.250 euro, significant op eenprocentniveau). Dat gaat niet gepaard met hogere kosten gedekt door aanvullende verzekeringen.

In een regressie waarin de drie groepen verzekerden zijn samengevoegd, is de geschatte coëfficiënt voor het hebben van een complementair werkende arts -128 voor de kosten in de basisverzekering en 32 voor de aanvullende verzekering (beide significant op eenprocentniveau).

Eerder kostenonderzoek

KADER 1

Eerder kostenonderzoek liet zien dat het verschil in kosten van een patiënt met een complementair werkende huisarts en een vergelijkbare patiënt met reguliere huisarts (zonder onderscheid tussen basis- en aanvullende verzekering) varieert tussen 0 en 30 procent, afhankelijk van het type complementaire huisarts en de leeftijdscategorie van de patiënt (Kooreman en Baars, 2012).

De belangrijkste verschillen tussen het Azivo-bestand en het nu gebruikte Agis-bestand zijn:

- Het Agis-bestand bevat gegevens van tienmaal zo veel verzekerden: ruim 1,5 miljoen versus ruim 150.000. Als gevolg daarvan worden de kostenverschillen in het nieuwe onderzoek geschat met een grotere statistische precisie.
- In tegenstelling tot in het Azivo-bestand wordt in het Agis-bestand onderscheid gemaakt tussen zorgkosten die door de basisverzekering van de Zorgverzekeringwet worden gedekt en kosten die worden gedekt vanuit een eventueel afgesloten vrijwillige aanvullende verzekering.
- Het Azivo-bestand had betrekking op de jaren 2006–2009; het Agis-bestand heeft betrekking op de jaren 2006–2011.
- In het werkgebied van Agis, voornamelijk Amsterdam en Midden-Nederland, bevinden zich verhoudingsgewijs minder complementair werkende huisartsen (ongeveer één procent) dan in het kleinere werkgebied van Azivo, dat bestaat uit Den Haag en omstreken (ongeveer vier procent).
- In het beschikbare Agis-bestand is de postcode-informatie minder gedetailleerd dan in het Azivo-bestand (vier in plaats van zes posities). Als gevolg daarvan kan minder goed worden gecorrigeerd voor de verschillen in achtergrondkarakteristieken van verzekerden.

Kenmerken en kosten in euro's per jaar van drie groepen verzekerden¹

TABEL 1

	Alleen reguliere huisarts	Alleen complementair werkende huisarts	Overstappers
Leeftijd (jaar)	41,0	41,6	40,1
Vrouw	52,9%	55,2%	56,4%
'Vogelaarwijk'	15,7%	9,3%	17,1%
Aanvullend verzekerd	92,7%	93,4%	92,1%
Basisverzekering			
Totaal	1.821	1.638	1.989
Huisarts	133	128	140
Geneesmiddelen	402	357	474
Ziekenhuis	1.242	1.104	1.328
Paramedisch	44	48	47
Aanvullende verzekering	75	115	100
Aantal verzekerden	1.521.773	18.862	10.769

¹ Alle verschillen tussen de eerste twee kolommen zijn statistisch significant op het eenprocentniveau. De kosten van (ambulance)vervoer en verloskunde blijven buiten beschouwing.

Geschatte kostenverschillen verzekerden bij complementair werkende versus reguliere huisarts, in euro's per jaar¹

TABEL 2

	Basisverzekering					Aanvullende verzekering
	Totaal	Huisarts	Geneesmiddelen	Ziekenhuis	Paramedisch	
Alle leeftijden	-225***	-3***	-58***	-165***	1	33***
0-24	-80***	-3***	-2	-74***	-2	11***
25-49	-137***	-2**	-50***	-85**	1	32***
50-74	-356***	-1	-126***	-232***	3	52***
75+	-236*	11***	-38	-219**	10	24***
Laatste levensjaar	-1161*	-5	67	-1250**	27	3

¹Analyse exclusief overstappers. Standaardfouten geclusterd op het niveau van de verzekerde.

//*** Significant op respectievelijk tien-, vijf- en eenprocentniveau

GEZONDHEIDSBATEN

De analyse tot nu toe beperkte zich tot kosten. In het databestand is slechts één – maar wel een belangrijke – uitkomstindicator beschikbaar, namelijk sterfte. In de data worden minimale verschillen gevonden tussen sterfte onder patiënten van de twee typen huisartsen. Na correctie voor patiëntkenmerken zijn er lichte aanwijzingen voor lagere sterfte onder patiënten met een complementair werkende huisarts op basis van een lineair kansmodel en een conditioneel logitmodel, maar geen aanwijzingen voor verschillen in sterfte op basis van een *proportional hazard*-model.

MOGELIJK OORZAKEN VAN DE KOSTENVERSCHILLEN

Substitutie van zorg gedekt uit de basisverzekering door aanvullend verzekerde zorg die niet uit collectieve middelen wordt gefinancierd is – zo laten de gepresenteerde resultaten zien – een partiële verklaring voor de lagere kosten gedekt door de basisverzekering bij verzekerden met een complementair werkende huisarts. Een andere mogelijke verklaring zijn niet-waargenomen verschillen tussen de patiënten van de twee typen huisartsen. Zo is het denkbaar dat mensen die zo weinig mogelijk medische ingrepen willen of bewust een

gezonde leefstijl nastreven eerder voor een complementair werkende huisarts kiezen. Ander onderzoek laat echter zien dat bij complementair werkende artsen relatief veel patiënten met ernstige en chronische ziektes voorkomen (Melchart *et al.*, 2005). Daarom is het op voorhand onduidelijk wat het effect is van ongeobserveerde patiëntkenmerken op de kostenverschillen. Nog een mogelijke verklaring is dat patiënten met een complementair werkende huisarts onvoldoende zorg krijgen. De resultaten van de sterfteanalyse, evenals ander onderzoek naar klantervaringen met complementaire behandelwijzen, wijzen echter niet in die richting (Melchart *et al.*, 2005). Ten slotte zouden de resultaten het gevolg kunnen zijn van een kwalitatief betere praktijk van complementair werkende huisartsen, als gevolg van een sterkere focus op preventieve en curatieve gezondheidsbevordering, minder overbehandeling en betere communicatie en professionele relaties (Van Dulmen *et al.*, 2010).

CONCLUSIES

In tegenstelling tot landen als Duitsland, Zwitserland en de Verenigde Staten staat de overheid in Nederland overwegend afhoudend tegenover complementaire geneeswijzen. Dit komt onder meer tot uitdrukking in het ontbreken van een systematisch onderzoeksbeleid rond zulke behandelwijzen. De resultaten van dit kostenonderzoek bevatten aanwijzingen dat complementaire geneeswijzen, toegepast onder supervisie van artsen die eerst een reguliere opleiding hebben voltooid, mogelijk een substituut kunnen zijn voor zorg die wordt gedekt door de basisverzekering zonder dat dit de gezondheid schaadt. Meer onderzoek is nodig om duidelijkheid te verkrijgen over het kwantitatieve belang van de diverse mogelijke verklaringen van de kostenverschillen. Vervolgonderzoek vereist de opbouw van een data-infrastructuur waarbij longitudinale informatie over de gezondheidstoestand op het niveau van individuele verzekerden wordt gekoppeld aan zorgkosten. Dit moet duidelijk maken of het overwerpen van drempels tegen het gebruik van complementaire geneeswijzen verstandig beleid is.

De overheid dient dit onderzoeksproces te faciliteren in plaats van af te remmen. Naast de eventuele gezondheidswinst kan dit leiden tot een aanzienlijke besparing op de kosten van collectief gefinancierde zorg.

LITERATUUR

- Dulmen, S. van, *et al.* (2010) Why seek complementary medicine? An observational study in homeopathic, acupuncture, naturopathic and mainstream medical practice. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 7(1).
- Herman, P.M., B.L. Poindexter, C.M. Witt en D.M. Eisenberg (2012) Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open*, 2(5), 10–46.
- Kooreman, P. en E.W. Baars (2012) Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *European Journal of Health Economics*, 13(6), 769–776.
- Melchart, D., F. Mitscherlich, M. Amiet, *et al.* (2005) *Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK): Schlussbericht 24.4.2005*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Smeets, H.M., N.J. de Wit en A.W. Hoes (2010) Routine health insurance data for scientific research; potential and limitations of the Agis Health Database. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 424–430.