

Ziektekostenverzekeraars en de poortwachtersfunctie van huisartsen

Formele regels en dagelijkse praktijk

I. Kulu Glasgow, D. Delnoij en
I. Hermans

Particuliere ziektekostenverzekeraars zeggen de huisarts te beschouwen als de poortwachter in de gezondheidszorg. De regels in hun polisvoorwaarden zijn er dan ook in het algemeen op gericht deze poortwachtersfunctie in stand te houden. Er wordt echter nauwelijks controle uitgeoefend op de naleving van die regels. De indruk van geïnterviewde ziektekostenverzekeraars is dat rechtstreeks specialistenbezoek weinig voorkomt, waardoor het geen nut heeft om controles op de verwijfsbrieven uit te oefenen. De indruk van sommige hoofden van poliklinieken (vooral in grote steden) is echter anders.

HET VERSTERKEN van de poortwachtersfunctie van de huisarts vormt één van de hoofdelementen van de adviezen van de commissie-Biesheuvel. In het kader van de kostenbeheersing en de verbetering van de doelmatigheid in de gezondheidszorg kent de commissie een belangrijke rol toe aan de zorgverzekeraars. Volgens de commissie zijn een verplichte verzekering voor huisartsenhulp en de verplichte verwijfsfunctie van de huisarts (geen vergoeding van specialistische behandeling zonder verwijfsing) twee belangrijke elementen in de particuliere verzekering die aan de herstructurering van het gezondheidssysteem kunnen bijdragen.¹ Bij het uitwerken van deze adviezen is de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg (PWH) tot de conclusie gekomen dat een *adequaat* controlesysteem door de zorgverzekeraar één van de instrumenten is om de poortwachtersfunctie van de huisarts te versterken.²

In het huidige gezondheidszorgsysteem verschilt de mate waarin de poortwachtersfunctie van de huisarts formeel is geregeld tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Voor een ziekenfonds-

patiënt is verwijfsing door de huisarts een verplichting, terwijl voor een particulier verzekerde deze verplichting afhankelijk is van de gekozen ziektekostenverzekering.

Volgens de gezondheidsenquête van het CBS vond in 1992/1993 23% van de specialistencontacten van particulier verzekerden op eigen initiatief plaats.³ Uit telefonische interviews onder hoofden van polikliniek in 39 ziekenhuizen blijkt in zeven ziekenhuizen in steden van enige omvang dat naar schatting 10% tot 50% van het specialistenbezoek plaatsvindt zonder verwijfsing.⁴ De resultaten van dezelfde interviews laten zien dat patiënten daarbij redenen opgeven als: "Particulier kan ik gewoon naar het ziekenhuis stappen", "Particulieren maken via huisarts extra kosten", "Ik betaal toch?", en: "Verzekeraars eisen het niet." De particulier verzekerde patiënten die zich rechtstreeks tot het ziekenhuis wenden worden altijd gezien om redenen van "klantvriendelijkheid", "imago van het ziekenhuis", "Patiënt gaat anders toch maar shoppen" en "om de trammelant te voorkomen." Sommige (n = 5) hoofden van poliklinieken waren van mening dat er een uniforme regeling voor particuliere en ziekenfonds-patiënten moet komen om rechtstreeks specialistenbezoek te vermijden. Volgens sommige (n = 7) hoofden van polikliniek kan het advies van de commissie-Biesheuvel met betrekking tot een verplichte verwijfsing voor particuliere patiënten bovendien alleen functioneren als particuliere verzekeraars controlemechanismen en sancties inbouwen.

Het is echter niet duidelijk in welke mate particuliere verzekeraars hun verzekerden adviseren of verplichten om eerst de huisarts te bezoeken. Evenmin is duidelijk in hoeverre verzekeraars die een verwijfsing verplicht stellen, controleren of een dergelijke verwijfsing heeft plaatsgehad alvorens zij de declaratie van de verzekerde gaan vergoeden. Doel van dit artikel is de formele regels en de dagelijkse praktijk van particuliere ziektekostenverzekeraars in kaart te brengen. Het artikel is gebaseerd op interviews onder een steek-

proef van particuliere ziektekostenverzekeraars en op een inventarisatie van de polisvoorwaarden van alle particuliere ziektekostenverzekeraars. De vragen die in dit artikel worden beantwoord, zijn:

1. Welke formele regels met betrekking tot specialistenbezoek zijn neergelegd in de polisvoorwaarden van particuliere verzekeraars?
2. Hoe geven verzekeraars in de praktijk vorm aan deze regels? Vindt controle plaats op de naleving ervan en, zo ja, hoe?
3. Wat is de mening van particuliere zorgverzekeraars over de rol die hun door de commissie-Biesheuvel en de Paritaire Werkgroep Huisartsen is toebedacht?


Onderzoeksmethode

De formele regels zijn onderzocht via een inventarisatie van de polisvoorwaarden van alle particuliere ziektekostenverzekeraars.⁵

In interviews is de praktische toepassing daarvan aan de orde gesteld. In totaal werden dertien ziektekostenverzekeraars (waaronder de grote, landelijk werkende) geïnterviewd. Bij de keuze van de verzekeraars werden hun regionale spreiding en grootte in beschouwing genomen. Slechts één van de grote ziektekostenverzekeraars wilde niet meewerken. De interviews werden gehouden met vertegenwoordigers op directieniveau of afdelingshoofden (afdelingen Zorg, Zorginkoop, Schade, Medische dienst). De geïnterviewde verzekeraars representeren 70% van de markt in termen van aantal verzekerden.^{6,7}

Resultaten

Wat wordt er formeel geëist?

Van alle particuliere ziektekostenverzekeraars eist 70% in zijn polisvoorwaarden dat verzekerden door een huisarts of een andere arts verwezen zijn alvorens zij een poliklinisch bezoek aan een specialist brengen (*overzicht*). Dit vereiste wordt op verschillende manieren in de voorwaarden geformuleerd. Bijna de helft van de verzekeraars formuleert de voorwaarde voor poliklinische specialistische hulp 'expliciet' als: *op advies, na verwijfsing, na* 

Overzicht. Formulering van voorwaarden met betrekking tot niet-klinische specialistische hulp door particuliere ziektekostenverzekeraars.

op advies van huisarts	na verwijzing	na schriftelijke verwijzing/verwijsbrief	verwijsbrief indien de maatschappij hierom vraagt	geen beperkingen	zorgverzekeraar
X					Levob, OOM (bedragenpolis)
	X				Anova, Anoz, FBTO, Generali, VGZ, Zilveren Kruis
		X			Het Anker, CZ-groep, De Friesland (zekerpolis), Geové, Koolhaas, NVS Salland, UAP, Univé
			X		CZ-groep (prima premie polis), De Friesland (kernpolis, conformpolis), Nuts, OHRA, pno, VVVA
X			X		Amersfoortse, Amev, Goudse, Meanderzorg, Nationale Nederlanden, ONVZ, ZAO, zorg en Zekerheid
				X	Avero, DVZ, Het Groene Land, OOM (global citizen polis), ONVZ (topfit polis), Oostnederland, OZF, Rijnmond, RZG, Stad Rotterdam, Woudsend, Zwolsche Algemene

* Behalve oogarts.
 ** Behalve oogarts en KNO arts.
 *** Behalve oog-, KNO- en huisarts.

schriftelijke verwijzing of *verwijsbrief*. Eenderde kiest voor een 'impliciete' voorwaarde of een combinatie van een impliciete een expliciete voorwaarde waarin de verzekerde verplicht wordt gesteld om een verwijsbrief naar de verzekeraar te sturen indien de maatschappij hierom vraagt. Iets meer dan een kwart van de verzekeraars heeft helemaal geen restricties opgenomen in zijn polisvoorwaarden.

Overigens zijn er niet alleen verschillen in polisvoorwaarden tussen verzekeraars, maar ook tussen verschillende polissen van dezelfde verzekeraar; in de meer uitgebreide, 'luxe' polissen worden vaak minder strenge eisen gesteld.

Wat gebeurt er in de praktijk?

Formeel hanteren de meeste verzekeraars dus op een of andere manier beperkingen in hun voorwaarden met betrekking tot poliklinische specialistische hulp. Dat is ook het geval bij de polisvoorwaarden van tien van de dertien geïnterviewde verzekeraars die aan het onderzoek meededen.

In de interviews is zorgverzekeraars gevraagd of ze op een of andere manier controle uitoefenen op de naleving van de polisvoorwaarden. In de praktijk blijkt dat particuliere verzekeraars dat niet doen. Met uitzondering van één, oefent geen van de geïnterviewde verzekeraars controle uit op *verwijsbrieven*. In het geval van deze uitzondering vindt een geautomatiseerde controle op de verwijsbrieven plaats ten einde niet-terechte en te hoge declaraties van 'eerste consulten' te voorkomen. Controle vindt wel plaats bij bijna iedere zorgverzekeraar tijdens machtigingspro-

cedures (bijvoorbeeld bij opname) of in gevallen waarin vooraf toestemming van de verzekeraar wordt geëist (bijvoorbeeld voor plastische chirurgie). In andere gevallen wordt controle op de verwijsbrieven alleen maar toegepast als tijdens een algemene controle een bijzonder hoog aantal bezoeken door een verzekerde naar specialisten wordt opgemerkt, of als de voorgeschiedenis zoals die uit de nota's van de verzekerde blijkt, lijkt te wijzen op 'medical shopping'.

Waarom geen controles?

Verzekeraars hebben de indruk dat de meeste verzekerden in werkelijkheid voldoen aan de richtlijnen in de polisvoorwaarden. Volgens de zorgverzekeraars is het de gewoonte dat mensen eerst naar de huisarts gaan vóór ze een specialist bezoeken. Mensen sturen vaak ook spontaan de verwijsbrief van de huisarts mee met de nota van de specialist. De informatie die de verzekeraars krijgen uit hun directe contacten met huisartsen, specialisten en ziekenhuizen wijzen in dezelfde richting: naar schatting 90% tot 95% van de verzekerden bezoekt een specialist via hun huisarts. Voorzover rechtstreeks specialistenbezoek voorkomt, zijn oogheekunde, plastische chirurgie, EHBO, orthopedie, gynaecologie en KNO de specialismen die verzekerden het meest rechtstreeks bezoeken.

Verder is controle in de ogen van verzekeraars een kwestie van kosten-batenafweging: controle kost veel tijd en geld en is dus niet de moeite waard, omdat er maar weinig mensen zijn die de huisarts overslaan. Daarnaast noemen sommige verzekeraars *concurrentie* een belangrijke reden om niet sterk te controleren.

Meningen van verzekeraars

over commissie-Biesheuvel en PWH

De geïnterviewde verzekeraars zijn met uitzondering van twee van hen tegen het principe van 'geen verwijzing, geen vergoeding' dat door de adviezen van de commissie-Biesheuvel en PWH wordt geïmpliceerd. De verzekeraars vinden dat de huisarts wel de poortwachter van de gezondheidszorg moet blijven, maar dit moet niet zo strikt worden geïnterpreteerd. Volgens deze verzekeraars druipt een dergelijke verplichting zowel in tegen de *patiëntensovereiniteit* als tegen het principe van *keuzevrijheid*. Bovendien brengt het volgens verzekeraars voor de huisarts een nog *hogere werkbelasting* met zich mee, zijn *niet* alle patiënten en huisartsen hetzelfde, en hebben verzekerden met een hoger welstandsniveau een grotere neiging om rechtstreeks naar een specialist te gaan. Verder hebben *specialisten* er volgens sommige verzekeraars zelfs nu al moeite mee dat hun honorarium door de huisarts wordt bepaald en zal een striktere invulling van de poortwachtersfunctie ook bij verzekerden *weerstand* oproepen.

Gevraagd naar hun eventuele plannen om in de toekomst strengere richtlijnen op te nemen in hun polis of om controle uit te oefenen op de naleving van de richtlijnen, laten bijna alle verzekeraars weten dit niet van plan te zijn. Er is één uitzondering: een maatschappij die streeft naar gelijke toegankelijkheid van specialisten voor zowel hun ziekenfonds- als hun particulier verzekerden. Deze maatschappij wil dat de huisarts voor beide groepen als poortwachter functioneert en is bezig te zien of de regels kunnen worden geharmoniseerd. ■

Geïnterviewde verzekeraars vinden het begrijpelijk dat de commissie-Biesheuvel overconsumptie wil tegengaan, maar geen van hen heeft ooit excessen geconstateerd op het gebied van rechtstreeks specialistenbezoek. Het principe van *geen verwijzing, geen vergoeding* lijkt kostenbesparend, maar zou in de praktijk niet werken volgens de verzekeraars. Volgens één geïnterviewde werkt informeren aan de verzekerden beter dan een 'straf' door de verzekeraar. Bovendien benadrukte bijna elke verzekeraar de financiële afwegingen: "Wat je aan kosten bespaart bij strikte controle moet je in het administratieve apparaat en arbeid investeren, om controles te kunnen doen."

De huisarts moet volgens geïnterviewde verzekeraars in de eerste plaats zelf zor-

re aanpak dan commissie-Biesheuvel en PWH stelden. Zorgverzekeraars zien voor zichzelf vooral een ondersteunende rol weggelegd. Die rol kan bijvoorbeeld bestaan uit ondersteuning van lokale afspraken tussen huisartsen en specialisten, het beïnvloeden van verwijsgedrag van huisartsen door het leveren van relevante spiegelinformatie, of het investeren in de opzet van informatienetwerken tussen huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en apotheken. Verder kunnen de verzekeraars managed-care-achtige activiteiten uitoefenen binnen hun eigen bedrijf om kosten te besparen, bijvoorbeeld via onderzoek van het gedrag van verzekerden.

Ter beïnvloeding van verzekerden werkt informeren volgens verzekeraars beter dan het sturen van gedrag via verplichtin-

dat eerst de relatie tussen huisarts en specialist moet worden verbeterd, waarna het gezondheidssysteem zichzelf zal regelen. Nader overleg tussen de betrokkene partijen, dat wil zeggen zorgverzekeraars, specialisten/ziekenhuizen en huisartsen, over de voorstellen van de commissie-Biesheuvel en Paritaire Werkgroep Huisartsen lijkt daarom aangewezen. •

HUISARTSEN

VERZEKERAARS

POORTWACHTERSFUNCTIE

I. Kulu Glasgow,

D. Delnoij,

I. Hermans,
Nivel, Utrecht

*Het bewaken van de poortwachtersfunctie
vinden de verzekeraars een taak van de huisartsen zelf,
in samenwerking met specialisten*

gen dat hij de poortwachter blijft. Hij moet de poortwachtersfunctie nog beter invullen door een soort case-manager te zijn: een echte 'spin in het web'. Om die rol in te vullen, zouden de huisartsen echter meer informatie over en meer invloed op de behandeling van de patiënt in de tweede lijn moeten hebben. Voor een dergelijke rol moeten ze minder patiënten hebben, maar dat kan alleen als meer huisartsen worden opgeleid en bijgeschoold.

Verzekeraars zijn verder van mening dat het bewaken van de poortwachtersfunctie moet plaatsvinden binnen de samenwerkingsrelatie van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen. De specialist zou een patiënt die hem rechtstreeks bezoekt, moeten laten weten dat een verwijzing nodig is. Hij zou ook de huisarts moeten laten weten dat hij een patiënt van hem behandelt die geen verwijzing heeft. Een goede relatie tussen huisarts en specialist is volgens verzekeraars van groot belang. In de ogen van de zorgverzekeraars zijn introductie van *gezamenlijke spreekuren, meer groepspraktijken en verandering van de honorering van huisartsen* efficiëntere manieren om de poortwachtersfunctie van de huisarts te versterken dan controle door verzekeraars. Overigens werden deze maatregelen ook door de commissie-Biesheuvel en PWH aanbevolen.

Hoe kunnen de verzekeraars een rol spelen?

Alle geïnterviewde verzekeraars staan achter het versterken van de poortwachtersfunctie, maar pleiten voor een ande-

gen. De ene verzekeraar bijvoorbeeld stelt voor om lessen over het functioneren van de gezondheidszorg op te nemen in het onderwijs. Een andere pleit voor regelmatige informatievoorziening via kranten, waardoor mensen een verwijzing niet meer als een verplichting zouden gaan zien, maar als iets dat in hun eigen belang is.

Conclusie

Particuliere ziektekostenverzekeraars zeggen de huisarts te beschouwen als de poortwachter in de gezondheidszorg. De regels in hun polisvoorwaarden zijn er dan ook in het algemeen op gericht deze poortwachtersfunctie in stand te houden.

Er wordt echter nauwelijks controle uitgeoefend op de naleving van die regels.

De indruk van de geïnterviewde ziektekostenverzekeraars is dat rechtstreeks specialistenbezoek weinig voorkomt, waardoor het geen nut heeft om controles op de verwijfsbrieven uit te oefenen. De indruk van sommige hoofden van poliklinieken (vooral in grote steden) is echter anders. Volgens hen komt rechtstreeks bezoek vaker voor onder particulier verzekerden. Als er een gelijke toegankelijkheid van specialistische zorg voor ziekenfonds en particuliere patiënten moet komen, moeten particuliere verzekeraars controles en sancties uitoefenen, volgens hoofden van poliklinieken.

Het bewaken van de poortwachtersfunctie vinden de verzekeraars echter een taak van de huisartsen zelf, in samenwerking met specialisten. Verzekeraars redeneren

Literatuur/Noten

1. Commissie Modernisering Curatieve Zorg, Gedeelde zorg: betere zorg. Zoetermeer: Hageman, 1994.
2. Poortwachter in de praktijk: over de plaats en financiering van de huisartsenhulp in ons land. Utrecht: Secretariaat Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg: LHV, 1995.
3. Vademecum gezondheidsstatistiek 1995. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1995.
4. Nivel; de ziekenhuizen werden proportioneel aan het aantal ziekenhuizen in een provincie gekozen; in negen ziekenhuizen werden gesprekken gehouden met de adjunct directeur, directeur patiëntenzorg, hoofd ambulante patiëntenzorg, sectormanager, hoofd EHBO, of algemeen hoofd functie- en behandelafdeling.
5. Eén zorgverzekeraar reageerde niet op de schriftelijke/telefonische verzoeken.
6. De percentages zijn gebaseerd op het totaal aantal verzekerden van de geïnterviewde verzekeraars en het totaal aantal particulier verzekerden in Nederland in 1994.
7. Financiering van de zorg, jaarboek 1994. Zeist: Vektis, 1994.