

Indicatiestelling binnen de collectieve zorgverzekering: een middel om kosten te beheersen?

Ilaria Mosca en Leida Lamers

De indicatiestelling is een belangrijk moment in het zorgproces waarop wordt vastgesteld welke zorg nodig is. We onderscheiden twee modaliteiten van indicatiestelling. Bij decentrale indicatiestelling is de zorgaanbieder, die ook behandelaar kan zijn, de indicatiesteller. Bij centrale indicatiestelling wordt de indicatie door een onafhankelijk indicatiesteller afgegeven die op afstand is van de zorgaanbieder. In dit artikel adresseren we vanuit een principaal-agentinvalshoek twee vragen: (i) welke factoren beïnvloeden de uitkomst van het proces van centrale en decentrale indicatiestelling? en (ii) wat zijn de kansen en risico's van de huidige indicatiestelling voor kostenbesparingen?

1 Inleiding

Het ontstaan van een gezondheidsprobleem, lichamelijk of mentaal, kan resulteren in een zorgbehoefte, waarmee iemand zich wendt tot een zorgaanbieder. Die zal vervolgens geneeskundig onderzoek (laten) doen en bepalen of en zo ja, welke behandeling of zorg aangewezen is. Deze indicatiestelling is een belangrijk moment in het zorgproces. In dit artikel onderscheiden we twee modaliteiten van indicatiestelling. De eerste modaliteit, *decentrale* indicatiestelling genaamd, houdt in dat de zorgaanbieder de indicatiestelling doet en de geïndiceerde zorg ook kan verlenen. In de curatieve zorg kennen we decentrale indicatiestelling. In de tweede modaliteit wordt de indicatiestelling door een onafhankelijke indicatiesteller afgegeven en vindt plaats op afstand van de zorgaanbieder. Er is dan sprake van *centrale* indicatiestelling. In de langdurige zorg kennen we deze vorm van indicatiestelling, met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) als onafhankelijk indicatieorgaan. Daarnaast komt in de langdurige zorg ook decentrale indicatiestelling voor.

In Nederland kennen we collectieve verzekeringen voor curatieve en langdurige zorg, namelijk de Zorgverzekeringswet (Zvw), respectievelijk de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Met deze verplichte verzekeringen wordt beoogd om iedere ingezetene in Nederland toegang te geven tot kwalitatief goede zorg en om de zorg betaalbaar te houden. De indicatiestelling

is een proces waarmee binnen de collectieve zorgverzekeringen de publieke belangen, kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid gediend kunnen worden.

Dit artikel geeft een analyse van de indicatiestelling vanuit een principaal-agentinvalshoek. Bij zowel de centrale als de decentrale indicatiestelling is sprake van informatieasymmetrie tussen verschillende spelers (de zorgvrager, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de indicatiesteller). Hierbij is het risico van moreel gevaar aan zowel de vraag- als de aanbodkant aanwezig. Ook speelt de niet-contracteerbaarheid van het tot stand komen van een besluit, dat wil zeggen de indicatie, een rol in de vormgeving (centraal versus decentraal) van de indicatiestelling. In een dergelijke situatie is degene met formele autoriteit niet altijd degene die de daadwerkelijke beslissingen neemt. Er is dan verschil tussen de *formele* en de *reële* autoriteit. Tot slot beïnvloeden andere elementen, zoals de transactiekosten en de aanwezigheid van perverse (financiële) prikkels binnen een zorgstelsel, de inrichting van de indicatiestelling.

In dit artikel wordt ingegaan op twee vragen:

- (i) welke factoren beïnvloeden de uitkomst van het proces van centrale en decentrale indicatiestelling?
- (ii) wat zijn de kansen en risico's van de huidige indicatiestelling voor kostenbesparingen?

Dit artikel is als volgt opgebouwd. In paragraaf 2 wordt de begripsbepaling van zorgbehoefte en indicatiestelling gegeven. De factoren die vanuit contract-theorieperspectief van invloed zijn op de totstandkoming van de indicatiestelling worden in paragraaf 3 geanalyseerd. Paragraaf 4 beschrijft welke elementen vanuit maatschappelijk perspectief van belang zijn bij de vormgeving van de indicatiestelling. In paragraaf 5 worden de kansen en risico's van centrale en decentrale indicatiestelling voor kostenbesparing besproken. Tot slot geeft paragraaf 6 de belangrijkste conclusies en discussiepunten.

2 Zorgbehoefte en indicatiestelling

Het ontstaan van een lichamelijk en/of een geestelijk probleem bij het individu vertaalt zich in het uiten van een zorgbehoefte. Nadere medische analyse bepaalt dan of en welke behandeling aangewezen is. Uit de literatuur komt naar voren dat zorgbehoefte niet eenduidig te definiëren is. (Zorg)behoefte is een relatief begrip dat subjectief getint is en per definitie lastig objectiveerbaar is. De zorgbehoefte plaatst zich op een denkbeeldige lijn tussen de noodzaak en het verlangen (VTV 1997).

In literatuurstudies wordt vaak naar Bradshaws definitie van zorgbehoefte verwezen. Hij onderscheidt vier typen zorgbehoeften: *ervaren*, *normatieve*, *geuite* en *comparatieve* zorgbehoeften. De *ervaren* behoefte is door het individu zelf geformuleerd, ook subjectieve behoefte genoemd. De manier waarop patiënten hun

zorgbehoefte uiten, is in eerste instantie meestal a-specifiek. Ze hebben een lichamelijk en/of geestelijk ervaren gezondheidsprobleem dat kan leiden tot zorggebruik (VTV 1997). De *normatieve* behoefte wordt door de zorgaanbieder vastgesteld, bijvoorbeeld de noodzaak van een spoedopname. Het gaat in deze fase om klinische beslissingen (wat te doen?) en praktische klinische uitvoering (hoe te doen?) (VTV 1997). De normatieve behoefte wordt ook wel de geobjectiveerde, geprotocolleerde of objectieve zorgbehoefte genoemd. De normatieve zorgbehoeften worden vertaald in een behandelings- of indicatiebesluit. Als de ervaren zorgbehoefte omgezet wordt in een vraag om zorg, dan wordt de term *geuite* zorgbehoefte gebruikt. De *comparatieve* zorgbehoefte, ten slotte, wordt bepaald door zorgaanbieders op grond van de kenmerken van zorggebruikers. Als een groep individuen met bepaalde karakteristieken een zorgvoorziening gebruikt dan bestaat bij individuen met dezelfde kenmerken, die deze zorgvoorziening *niet* gebruiken, volgens deze definitie behoefte aan deze zorgvoorziening. Dit begrip wordt vaak gebruikt bij vergelijking van regio's (Smits et al. 2002).

In dit artikel verstaan we onder indicatiestelling de vertaling van de *geuite* zorgbehoefte naar de *normatieve* zorgbehoefte. In de praktijk heeft een verstrekte indicatie een duale betekenis: een beoordeling op een zorgclaim en de toewijzing van de te krijgen zorg. In dit artikel richten wij ons op de indicatiestelling als het vaststellen welke behandeling/zorg binnen collectieve zorgverzekeringen aangewezen is.

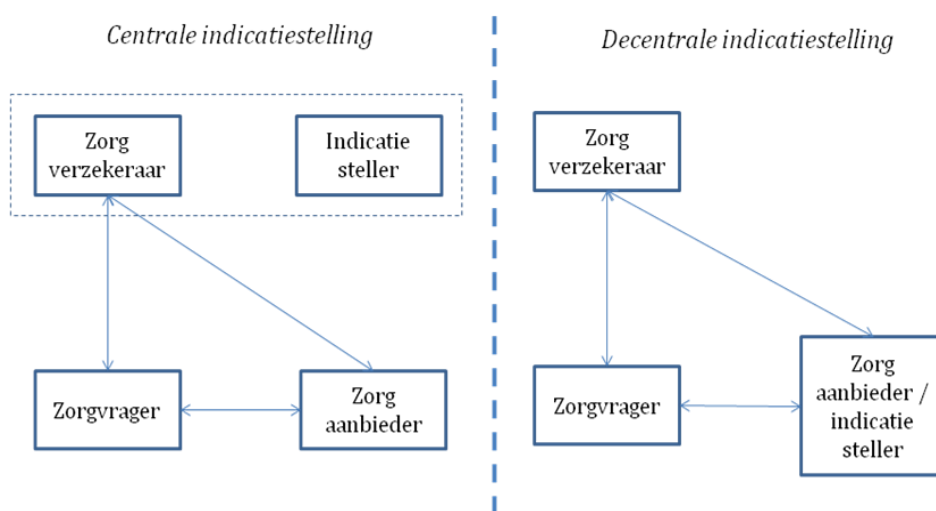
3 Factoren die de indicatiestelling beïnvloeden:

In de praktijk krijgen niet alle mensen met een vergelijkbare zorgvraag dezelfde zorg. Deze zogeheten praktijkvariatie duidt erop dat de zorgbehoefte alléén, niet tot hetzelfde zorggebruik leidt (Phelps 2000; Skinner 2012; Westert et al. 2004; Vektis/Plexus 2011; Hasaart 2011; Douven et al. 2012). Deels kan deze praktijkvariatie verklaard worden uit patiëntenvoorkeuren, de invloed van lokale verschillen in opleiding, of verschillen in de mate waarin nieuwe medische technologie gebruikt wordt (zie o.a. Chandra et al. 2012; O'Hare et al. 2010; Cutler et al. 2013; Chandra en Staiger 2007). De resterende onverklaarde praktijkvariatie duidt erop dat ergens in de zorgketen inefficiënte keuzes gemaakt worden. Deze inefficiënties kunnen voortkomen uit verschillende bronnen van marktfalen: informatieasymmetrie wat leidt tot moreel gevaar, of averechtse selectie, incomplete contracten en transactiekosten. Om het effect van de modaliteit van de indicatiestelling op deze inefficiënties te analyseren, hanteren we een principaal-agentperspectief.

Een schematische beschrijving van de indicatiestelling binnen het zorgstelsel kent een aantal actoren, te weten de zorgvrager, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De zorgvrager/verzekerde beschouwen we in dit stuk als agent,

evenals de zorgaanbieder; de zorgverzekeraar¹, die in zijn rol als ‘third party payer’ zorg inkoop en betaalt, als principaal.² De vraag is nu wie indicatiesteller moet zijn – de zorgaanbieder of een onafhankelijke indicatiesteller. Hierbij nemen we aan dat in de centrale modaliteit de onafhankelijke indicatiesteller en de zorgverzekeraar dezelfde belangen hebben, namelijk dat aangewezen zorg wordt toegewezen aan zorgvragers. Derhalve beschouwen we de onafhankelijke indicatiesteller niet als aparte actor. Figuur 1 geeft de contractuele relaties tussen de actoren grafisch weer voor zowel de centrale als de decentrale indicatiestelling. De pijlen tussen de actoren beschrijven de contractuele relaties onderling.

Figuur 1 Contractuele relaties tussen actoren bij twee modaliteiten van indicatiestelling



Informatieasymmetrie. Bij beide modaliteiten van indicatiestelling is er sprake van informatieasymmetrie tussen verschillende spelers (de zorgvrager, de zorgaanbieder en de indicatiesteller). Informatieasymmetrie speelt in het proces van indicatiestelling een grote rol. Zij kan zich in twee vormen voordoen: averechtse selectie en moreel gevaar. In de praktijk kan averechtse selectie bijvoorbeeld spelen als een indicatiesteller er belang bij heeft slechte en goede risico's op een verschillende manier te behandelen. Een voorbeeld kan zijn relatief eenvoudige en goedkope patiënten zelf behandelen en duurdere patiënten doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder. In de verzekeringstheorie verklaart averechtse selectie dat vooral slechte risico's zich aanmelden voor een verzekering (Hazeu 2000).

¹ In de AWBZ is dit het zorgkantoor.

² We abstraheren in dit artikel van de rol van de overheid als centrale regisseur van de zorg (in economische termen de principaal) en veronderstellen dat de belangen van de zorgverzekeraar in de Zvw en het zorgkantoor in de AWBZ (die we hier zien als principaal) en de overheid met elkaar in lijn zijn.

Moreel gevaar kan zowel aan de aanbod- als aan de vraagzijde een rol spelen. Als aan de aanbodzijde zorgaanbieders beslissen wie op welke zorg is aangewezen, terwijl verzekeraars niet in staat zijn te controleren of het verzekerde zorg is, kunnen zorgaanbieders de zorgconsumptie beïnvloeden. Dit is een vorm van moreel gevaar die in de gezondheidseconomie wordt aangeduid als aanbodgeïnduceerde vraag. Onder aanbodgeïnduceerde vraag wordt verstaan dat zorgaanbieders hun productie opvoeren door meer en/of duurdere zorg te verlenen dan nodig is.

Bekostigingssystemen gebaseerd op betalingen per (bundel van) verrichting(en) leiden volgens wetenschappelijke onderzoeken tot een groter (en vaak onnodig dus ongepast) gebruik van zorg (Chandra et al. 2012; Meijer et al. 2010). In principe zou een zorgverzekeraar aanbodgeïnduceerde vraag tegen kunnen gaan, door te controleren of zorgbehandelingen wel zijn aangewezen. Informatieasymmetrie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder maakt dit lastig. In de praktijk betaalt de zorgverzekeraar in een zorgverzekeringsstelsel daarom mogelijk ook voor behandelingen die geen of weinig nut hebben (Meijer et al. 2010). Er is daardoor ruimte voor artsen om de vraag te sturen (Ewijk et al. 2013).

Zowel bij decentrale als centrale indicatiestelling speelt informatieasymmetrie tussen zorgvrager en indicatiesteller (moreel gevaar aan de vraagkant) een rol. Voor de inrichting van het indicatieproces is het van belang om te kijken naar het type zorg. Behandelingen en zorg die zeer gewenst zijn door de zorgvrager, bijvoorbeeld cosmetische behandelingen die niet medisch noodzakelijk zijn, zijn gevoelig voor moreel gevaar aan de vraagkant. Indien ook zorgaanbieders (financieel) belang hebben bij het geven van deze behandelingen, en het belang van de zorgvrager en zorgaanbieder dus hetzelfde is, kan centrale indicatiestelling een overweging zijn.

De informatieasymmetrie tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder kan leiden tot moreel gevaar aan de aanbodkant, indien van de bekostiging van de zorg perverse prikkels uitgaan. Dit kunnen zowel ongewenste prikkels tot zowel over- als tot onderbehandeling zijn. In geval van informatieasymmetrie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, en perverse prikkels in de bekostiging, kan centrale indicatiestelling te overwegen zijn. Hier staan echter mogelijk hogere transactiekosten tegenover.³

Averechtse selectie op het niveau van de zorgverzekeraar wordt in Nederland tegengegaan door een algemeen verplichte basisverzekering en een uitgebreid systeem van ex-ante risicoverevening. Dit staat los van de modaliteit van indicatiestelling. Als averechtse selectie van patiënten op het niveau van zorgaanbieder een rol speelt, is van belang dat de indicatiesteller de kosten van het afwentelen van slechte risico's zoveel mogelijk internaliseert. Bij acute curatieve zorg zal het probleem van afwenteling beperkt zijn. Bij langdurige zorg kan dit probleem een rol spelen. In welke mate dit het geval is, hangt echter af van de

³ Onder transactiekosten vallen onder meer informatie-, onderhandelings- en toezichtkosten om contracten te sluiten en de naleving van contracten te kunnen volgen.

zorgzwaarte (complexe of eenvoudige zorg), de wijze van bekostiging (hoe hangt de vergoeding af van de ernst van de aandoening) en van de institutionele mogelijkheden om zorgkosten af te wentelen (bij wie komen de kosten terecht in geval van afwenteling).

Niet-contracteerbaarheid. Een andere reden om te kiezen voor centrale of decentrale indicatiestelling is gerelateerd aan de theorie over de formele versus reële autoriteit. Dit model beschrijft hoe een beslissing tot stand komt in een situatie waar die beslissing zelf niet contracteerbaar is, maar wel het recht om de beslissing te nemen. Een actie of beslissing kan niet-contracteerbaar zijn om verschillende redenen. De kosten van het opstellen van een contract kunnen te hoog zijn, er kan sprake zijn van juridische beperkingen of van cognitieve beperkingen ('het contract is te complex').

Aghion en Tirole (1997) ontwikkelen een model met twee actoren (een agent en een principaal), waarin de principaal het recht heeft om een niet-contracteerbare beslissing te nemen, maar ook kan besluiten de beslissing over te laten aan de agent. Het model identificeert een afruil die bepaalt wanneer het optimaal is om de formele verantwoordelijkheid te delegeren naar de agent. Aan de ene kant bevordert delegatie de prikkels voor de agent om informatie te verzamelen, aan de andere kant betekent delegatie een verlies van controle door de principaal. Een beknopte beschrijving van het model van Aghion en Tirole wordt gegeven in het tekstkader.

Niet-contracteerbaarheid, wie heeft de formele en reële autoriteit?

In de economische literatuur is het model van Aghion en Tirole (1997) een goed voorbeeld van het optimale ontwerp van organisaties, dat ook op de indicatiestelling kan worden toegepast.

Aghion en Tirole onderscheiden een formele autoriteit en een reële autoriteit. In het geval van formele autoriteit kan een principaal, bijvoorbeeld een onafhankelijke indicatiesteller, te allen tijde het advies van een agent, bijvoorbeeld een zorgaanbieder, negeren. In het model kunnen de agent en de principaal beide informatie vergaren over de wenselijkheid van een project (in de zorg betreft dit doorgaans behandelingen). Het verzamelen van die informatie is voor zowel de agent als de principaal echter kostbaar, ze moeten er moeite voor doen. Als de formele autoriteit voor de beslissing bij de principaal ligt, adviseert de agent na informatievergarig welke beslissing de principaal moet nemen. De principaal kan het advies te allen tijde negeren. Als de formele autoriteit voor de beslissing bij de agent ligt, neemt de agent de beslissing, waarbij ze naar eigen goeddunken rekening houdt met de informatie die de principaal heeft vergaard.

Als de formele autoriteit bij de principaal ligt, zal deze soms echter afzien van een dergelijke ingreep vanwege twee redenen. Ten eerste is de agent soms veel beter geïnformeerd dan de principaal. Echter, hoe meer inspanning de principaal verricht om informatie te vergaren, hoe minder informatie de agent zal verzamelen.

Die weet immers dat de principaal al zijn best doet. Ten tweede kan het zijn dat de doelstellingen van de principaal en de agent relatief parallel lopen. Als de principaal niet over voldoende informatie beschikt, is de beslissing de facto overgelaten aan de agent. In dit geval heeft de agent geen formele, maar wel de reële autoriteit.

Het delegeren van de formele autoriteit van de principaal naar de agent heeft twee voordelen. Ten eerste krijgt de agent een sterkere prikkel om de informatie te verzamelen die relevant is bij het nemen van besluiten. Ten tweede vergroot delegatie het belang van de agent in de contractuele relatie met de principaal. Dit effect is sterker naarmate de overgedragen activiteiten van groter belang zijn voor de agent en waarbij het herroepen van de besluiten van de agent de principaal kan schaden. Uiteraard zijn er ook kosten verbonden aan de delegatie van taken en verantwoordelijkheden. De principaal verliest zijn greep over de door de agent uitgevoerde activiteiten. De agent kan ook nog kiezen voor mogelijke activiteiten die zijn eigen belang dienen.

In de praktijk kan het voorkomen dat het voor de indicatiestelling niet veel uitmaakt waar de formele autoriteit ligt, omdat de uiteindelijke beslissing (reële autoriteit) bij de zorgaanbieder ligt. In geval van acute zorg, waar de urgentie van behandelen hoog is, is het onmogelijk voor een principaal om informatie te verzamelen. Bij planbare curatieve zorg heeft een centrale indicatiesteller meer tijd om informatie te verzamelen. Dit geldt in nog sterkere mate voor langdurige zorg. Als we kijken naar reputatieschade van het terugdraaien van een beslissing, lijkt aannemelijk dat deze groot is voor de curatieve zorg en kleiner voor de langdurige zorg.⁴ Dit suggereert dat de keuze waar de formele autoriteit moet liggen, vooral van belang is bij planbare curatieve zorg en langdurige zorg. In de praktijk zal de beslissing over acute curatieve zorg altijd op decentraal niveau, door de zorgaanbieder, genomen worden.

Bij planbare curatieve zorg en langdurige zorg kunnen beslissingen op decentraal niveau genomen worden voor ingrepen die weinig kosten met zich meebrengen en in een context waarin de zorgaanbieder in hoge mate intrinsiek gemotiveerd is. Dit geldt ook wanneer de zorgaanbieder de juiste financiële prikkels heeft om rekening te houden met de belangen van de centrale indicatiesteller, of wanneer het heel vernieuwende behandelingen betreft die een centrale indicatiesteller niet kan beoordelen vanwege zijn kennisachterstand. Let wel dat de keuze tussen centrale en decentrale modaliteit zowel baten als kosten oplevert. Een heel vernieuwende behandeling kan bijvoorbeeld sneller gebruikt worden in het geval van een decentrale indicatiestelling ten opzichte van een centrale indicatiestelling. Daartegenover staat dat er geen perverse financiële prikkels moeten zijn die het volume van de zorg kunnen opdrijven, en dat de besluiten van de decentrale indicatiesteller kosteneffectief zijn.

⁴ De aanname hier is dat de vertrouwensrelatie tussen zorgvrager en zorgaanbieder sterker is dan tussen zorgvrager en zorgverzekeraar.

Transactiekosten. Bij de inrichting van de indicatiestelling moet tevens rekening gehouden worden met de hoogte van transactiekosten. De verschillende actoren van de indicatiestelling worden geconfronteerd met informatiekosten (hoe krijg ik de informatie die ik nodig heb?), onderhandelingskosten (hoe bewerk ik de informatie?) en toezichtkosten (hoe controleer ik de transactie?). Voor de indicatiestelling zijn de met name de informatiekosten heel relevant. Dit zijn de kosten gerelateerd aan het zoeken van informatie, zodat de indicatie wordt afgegeven en de zorg aan de patiënt wordt toegewezen.

De hoogte van de transactiekosten wordt bepaald door de eigenschappen van de betrokken actoren en de kenmerken van de betreffende transacties. Met een decentrale indicatiestelling hebben de zorgaanbieders zelf de ruimte om te indiceren. Een centrale indicatiestelling brengt hogere transactiekosten met zich mee ten opzichte van een decentrale modaliteit, omdat de indicatiesteller eerst alle relevante informatie, onder andere bij de zorgaanbieders, moet verzamelen.

4 Vormgeving van de indicatiestelling

Het proces van indicatiestelling moet zodanig worden vormgegeven dat een betrouwbare en valide uitkomst van dit proces geborgd kan worden. Een aantal elementen moet daarbij worden afgewogen. Dit betreft naast de mechanismen die economisch van aard, zoals beschreven in paragraaf 3, ook elementen die aansluiten bij het denken in de samenleving over toegankelijkheid van zorg en rechtvaardigheid van de inrichting van het zorgstelsel. Deze maatschappelijke elementen⁵ zijn de *objectiveerbaarheid*, de *onafhankelijkheid* en de *integraliteit* van de indicatie. Daarnaast zijn ook de *geldigheid* en de *urgentiebepaling* van de indicatiestelling en de *mogelijkheid voor een second opinion* van belang.

Objectiveerbaarheid. Een objectiveerbare indicatiestelling houdt in dat de procedure om tot een indicatiestelling te komen uniform is. Dit impliceert de aanwezigheid van duidelijke en eenduidige criteria die controleerbaar en toetsbaar zijn (RMO 2010). Het gebruik van richtlijnen en protocollen is van belang om te komen tot objectiveerbaarheid. Het is echter de vraag of daarmee voldoende basis is voor een objectiveerbare indicatiestelling. Lang niet voor alle aandoeningen bestaan immers eenduidige richtlijnen en/of protocollen. In een dergelijk geval is het geloof (*belief*) van de indicatiesteller bepalend voor de te krijgen zorg (Phelps 1992).

Bij beide modaliteiten van indicatiestelling zal de uitkomst van het proces van indicatiestelling doorgaans niet volledig objectiveerbaar zijn. De reden hiervoor is dat – een uitzondering daar gelaten – ook bij beschikbaarheid van richtlijnen en

⁵ Bij de afweging van de meer maatschappelijke elementen spelen ook de in paragraaf 3 beschreven transactiekosten (om bijvoorbeeld informatie te verzamelen) een rol.

protocollen van de indicatiesteller in de meeste gevallen een subjectieve afweging gevraagd wordt. Uitsluitend in die gevallen waar de indicatiesteller geen enkele subjectieve afweging hoeft te maken om tot een indicatie te komen, kan sprake zijn van volledige objectiviteit.

Onafhankelijkheid. Vanuit maatschappelijk perspectief is onafhankelijkheid van de indicatiestelling van belang. Dit houdt in dat de indicatiestelling plaatsvindt los van de belangen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ook van de subjectieve belangen van zorgvragers (RMO 2010). Een centraal indicatieorgaan is op afstand van zorgaanbieders. Met een decentrale indicatiestelling is een zorgaanbieder zowel indicatiesteller als behandelaar. Subjectieve belangen van de zorgvragers, die samenvallen met het (financieel) belang van de zorgaanbieder, worden eerder gehonoreerd. De onafhankelijkheid komt dan in gevaar.

Integraliteit. Idealiter houdt de indicatiesteller rekening met de omgevingsfactoren en de wensen en voorkeuren van de zorgvrager. De zorgvrager en diens zorgbehoefte staan dus centraal. De indicatiestelling mag niet op voorhand worden beïnvloed door schaarste of overvloed in het zorgaanbod (NRV 1994). Een integrale benadering van de hulpvraag kan ook vanuit aangrenzende domeinen van de zorg plaatsvinden. Te denken valt aan huisvesting, hulpmiddelen of het onderwijs.

De onafhankelijkheid van een centraal indicatieorgaan maakt het mogelijk om de situatie van de zorgvrager (denk bijvoorbeeld aan het netwerk, woonsituatie en samenstelling van het huishouden) en diens voorkeuren in kaart te brengen en af te wegen. In een decentrale indicatiestelling kan de mate van specialisatie van de zorgaanbieder de integraliteit beperken. Een generalist heeft veelal beter zicht op omgevingsfactoren en voorkeuren van de zorgvrager. Als de voorkeuren/wensen van de zorgvrager niet samenvallen met het belang van de zorgaanbieder kan de integraliteit in het geding komen.

Geldigheid van de indicatiestelling en urgentiebepaling. De geldigheid van de indicatiestelling dient in de tijd beperkt te zijn. Herziening van de indicatiestelling moet mogelijk zijn bij verandering van de zorgbehoefte. De indicatie moet tevens een urgentiebepaling bevatten, waaruit blijkt op welke termijn de geïndiceerde behandeling / zorg beschikbaar moet zijn. Indien de gezondheidstoestand / omstandigheden van de zorgvrager wijzigen binnen de geldigheidsduur van een centraal indicatiebesluit, moet de zorgvrager de mogelijkheid worden geboden een herindicatie aan te (laten) vragen. Bureaucratie moet in acute situaties geen belemmering vormen. Een indicatiesteller die de zorgvrager ook behandelt (decentrale modaliteit), is op de hoogte van de urgentie van het behandelen, het verloop van de behandeling en veranderingen (zowel verbetering als verslechtering) in de gezondheidstoestand en kan indien nodig de indicatie en de behandeling gelijk aanpassen. In geval van urgente (acute) zorg en gezondheidstoestanden die snel kunnen veranderen, is decentrale indicatiestelling

op zijn plaats. Voor planbare zorg en stabiele gezondheidstoestanden kan centrale indicatiestelling worden overwogen.

Second opinion. Binnen het proces van indicatiestelling moet de mogelijkheid voor een second opinion duidelijk aangegeven worden. Bij decentrale indicatiestelling houdt een second opinion in dat de onafhankelijke beoordeling van een klacht plaatsvindt door een andere zorgaanbieder dan de eigen behandelaar. Dit is een manier om de twijfels over een diagnose, of de onzekerheid rondom de behandeling te verminderen. Bij centrale indicatiestelling moet de zorgvrager de mogelijkheid geboden worden om bezwaar aan te tekenen tegen het indicatiebesluit van het centrale indicatieorgaan. Het is daarbij van belang dat het bezwaar wordt behandeld door een van het centrale indicatieorgaan onafhankelijke instantie. In het geval van decentrale indicatiestelling kan de zorgvrager een andere zorgaanbieder dan zijn behandelend arts raadplegen voor een second opinion.

Aan bovenbeschreven elementen, die van belang zijn bij de inrichting van het indicatieproces, kan nooit volledig worden voldaan, noch bij de decentrale, noch bij de centrale modaliteit van indicatiestelling. In de afweging pleit het toekennen van een groot belang van 'geldigheid en urgentiebepaling' voor een decentrale indicatiestelling en een groot belang aan 'onafhankelijkheid' en 'integraliteit' voor een centrale indicatiestelling.

5 Kansen en risico's van de huidige indicatiestelling voor kostenbeheersing

Het proces van indicatiestelling kan in potentie bijdragen aan kostenbeheersing. Afhankelijk van het type zorg (curatieve versus langdurige zorg, planbare versus acute zorg) biedt een centrale / decentrale indicatiestelling een mogelijkheid om informatieasymmetrie, niet-contracteerbaarheid en transactiekosten te verminderen.

5.1 Curatieve zorg

De zorgverzekeraar (de principaal) koopt zorg in bij zorgaanbieders (de agenten) en maakt afspraken over prijs, volume en de kwaliteit van zorg en het gebruik van richtlijnen. In de Zvw wordt de indicatiestelling decentraal uitgevoerd door zorgaanbieders. De curatieve zorg betreft behandelingen die gericht zijn op genezing, of om verergering van een ziekte of aandoening te voorkomen. Wetenschappelijke verenigingen stellen hiervoor richtlijnen op. Deze richtlijnen spelen met name in het open omschreven deel van het verzekerde pakket een belangrijke rol. Niet voor alle aandoeningen bestaan echter eenduidige richtlijnen of protocollen. Bovendien is er een mate van subjectiviteit door de zorgaanbieders in het toepassen van richtlijnen en protocollen. Daarnaast speelt dat in richtlijnen doorgaans wordt uitgegaan van één enkele aandoening, terwijl er een groeiende groep patiënten is die aan meerdere aandoeningen lijdt (multimorbiditeit).

Informatieasymmetrie. De informatieasymmetrie tussen zorgvragers en zorgaanbieders (tevens indicatiestellers), leidt tot moreel gevaar aan de vraagkant bij zowel centrale als decentrale indicatiestelling. Eigen betalingen hebben een remmend effect op het moreel gevaar. Perverse financiële prikkels in de bekostiging leiden tot moreel gevaar aan de aanbodkant. Een centrale indicatiestelling om aanbodgeïnduceerde vraag te beperken is in de Zvw veelal geen logische optie, vanwege de urgentie van de beslissing en de transactiekosten die dit met zich mee brengt. Voor planbare zorg die gevoelig is voor moreel gevaar aan de vraagkant (behandeling is gewenst door de zorgvrager) of aan de aanbodkant (behandeling is lucratief voor zorgaanbieder) kan centrale indicatiestelling wel worden overwogen of zou de verzekeraar de zorgaanbieders kunnen verplichten vooraf een machtiging te vragen. Hierbij moeten de verwachte baten (minder onnodige of onnodig dure zorg) worden afgewogen tegen de extra transactiekosten die dit oplevert. Een bekostigingssysteem dat de uitkomst belooft in plaats van het aantal verrichtingen, kan effectief zijn in het verminderen van moreel gevaar aan de aanbodkant. Een andere mogelijkheid om moreel gevaar tegen te gaan is dat zorgaanbieders medeverantwoordelijk worden gemaakt voor de financiële consequenties gerelateerd aan de toewijzing van de zorg. De verzekeraar deelt dan het financiële risico met de zorgaanbieder. Hierbij moet opgemerkt worden dat bij de vormgeving hiervan niet alleen gekeken moet worden naar perverse prikkels tot overbehandeling, maar ook tot onderbehandeling. Idealiter wordt het zorgstelsel zo ingericht dat prikkels tot zowel over- als onderbehandeling worden voorkomen.

Vanuit economisch perspectief wordt bij de decentrale indicatiestelling een afweging gemaakt van de verwachte baten voor de patiënt en de kosten van de te krijgen behandeling. Indien informatie over de kosteneffectiviteit van een behandeling is meegenomen in de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen wordt deze afweging impliciet gemaakt als de zorgaanbieder deze richtlijnen volgt. In de praktijk is dit nauwelijks het geval (CVZ 2013).

Niet-contracteerbaarheid. De belangrijkste reden om in de curatieve zorg te kiezen voor een decentrale indicatiestelling is het zware gewicht dat de urgentie van de beslissing krijgt. In situaties waar direct behandelen noodzakelijk is of de gezondheidstoestand van de patiënt instabiel is (bijvoorbeeld in de acute curatieve zorg) of nog zal veranderen is een decentrale indicatiestelling vanzelfsprekend.

De reputatie van de zorgverzekeraar voor het terugdraaien van een beslissing speelt ook een rol bij de decentrale indicatiestelling in de Zvw. Een zorgvrager zal doorgaans zijn arts meer vertrouwen dan zijn zorgverzekeraar.

Transactiekosten. De decentrale indicatiestelling in de Zvw vermindert de transactiekosten om relevante informatie te verzamelen. Zorgaanbieders hebben de ruimte om te indiceren en kunnen bij urgente situaties snel beslissingen nemen (denk aan acute curatieve zorg). Hier staat tegenover dat de ruimte om te indiceren

niet beïnvloed moet worden door perverse (financiële) prikkels. Aan de zorgverzekeraars dus de rol om zorgaanbieders te monitoren. Zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders monitoren en benchmarken op hun casemix en volumegroei en zo praktijkvariatie in kaart brengen. Over de uitkomsten van de monitoring en benchmarking en de interpretatie ervan kunnen zorgverzekeraars in gesprek gaan met de zorgaanbieders en zonodig betrekken bij hun zorginkoop. Binnen het zorgstelsel moet zo het tegenwicht tegen aanbodgeïnduceerde vraag komen van de zorgverzekeraars, die selectief zorg in mogen inkopen.

5.2 Langdurige zorg

In de AWBZ komt zowel centrale als decentrale indicatiestelling voor. In een aantal situaties, zoals de indicatiestelling voor AWBZ-zorg met verblijf voor 80+'ers, zijn de zorgaanbieders gemandateerd om de indicatiestelling te doen (decentrale indicatiestelling). Voor de overige AWBZ-zorg is het CIZ het onafhankelijk indicatieorgaan. Op het moment dat het CIZ een indicatiebesluit afgeeft en doorstuurt naar het zorgkantoor, zal het zorgkantoor de zorgvrager helpen een zorgaanbieder te vinden. Het zorgkantoor zal achteraf controleren op de rechtmatigheid van de declaratie door de zorgaanbieder. Bij langdurige zorg gaat het om niet op genezing of behandeling gerichte zorg, maar om langdurige zorg, zoals verzorging, verpleging en/of begeleiding voor patiënten met een aandoening, beperking of handicap. Er is immers veelal sprake van een stabiele en langdurige situatie voor de zorgvrager. Een centrale indicatiestelling is dan een geschikte optie.

Informatieasymmetrie. De CIZ Indicatiwijzer is het protocol dat het CIZ volgt om, rekening houdend met relevante regelgeving, te komen tot een indicatiebesluit. Met de CIZ Indicatiwijzer maakt de centrale indicatiesteller transparant hoe indicatiebesluiten genomen worden en welke informatie daarbij betrokken wordt. Dit neemt niet weg dat er informatieasymmetrie bestaat tussen de zorgaanbieders en de indicatiesteller. In dit kader is het CIZ de principaal en de zorgaanbieders de agenten. Dit kan tot moreel gevaar aan de vraagkant leiden, vooral bij zorg die aangenaam en dus gewenst is voor de zorgvrager. Eigen betalingen verminderen moreel gevaar aan de vraagkant.

Moreel gevaar aan de aanbodkant kan optreden in situaties waar sprake is van mandatering (decentrale indicatiestelling). Perverse financiële prikkels in de bekostiging (betaling per verrichting) leiden dan tot aanbodgeïnduceerde vraag. Recent onderzoek van het CIZ laat inderdaad zien dat upcoding bij de gemandateerde indicatiestelling daadwerkelijk optreedt (CIZ 2013).

Niet-contracteerbaarheid. In de langdurige zorg speelt de urgentie van de beslissing een minder belangrijke rol dan in de Zvw. Zoals eerder opgemerkt gaat het in de AWBZ meestal om langdurige, planbare zorg. In deze situatie is een centrale indicatiestelling een gewenste vorm om zorg toe te wijzen.

Een decentrale indicatiestelling in de AWBZ is een mogelijke optie voor langdurige zorg die ongevoelig is voor moreel gevaar aan zowel de vraag- als de aanbodkant. Hiervoor is de monitoring van het CIZ minder van belang en werkt delegatie van indicatiestelling naar de zorgaanbieder goed.

Transactiekosten. Het CIZ moet informatie verzamelen bij de zorgaanbieders en de zorgvragers om een indicatiebesluit te kunnen nemen. Dit kan hoge transactiekosten met zich meebrengen. Een centrale indicatiestelling is dan ook gewenst voor dure zorg, zoals zorg met verblijf. Voor AWBZ-zorg zonder verblijf, die soms kortdurend en urgent is, denk bijvoorbeeld aan verzorging en verpleging na een ziekenhuisopname, zou decentrale indicatiestelling ook overwogen kunnen worden.

6 Conclusie

Zowel de centrale als de decentrale indicatiestelling kenmerken zich door een drietal factoren: de informatieasymmetrie tussen de verschillende actoren (zorgvrager, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en indicatiesteller), de niet-contracteerbaarheid van de genomen afspraken en de transactiekosten gerelateerd aan het krijgen, bewerken en toezien op de gekregen informatie. Andere elementen vanuit een maatschappelijk perspectief (objectieveerbaarheid, onafhankelijkheid, integraliteit, geldigheid en urgentiebepaling en second opinion) zijn van belang voor de vormgeving van de indicatiestelling.

Aan zowel de economische als maatschappelijke elementen die van belang zijn bij de inrichting van de indicatiestelling kan nooit volledig worden voldaan, noch bij de decentrale, noch bij de centrale indicatiestelling. In de afweging pleit het toekennen van een groot belang van 'geldigheid en urgentiebepaling' voor een decentrale indicatiestelling en een groot belang aan 'onafhankelijkheid' en 'integraliteit' voor een centrale indicatiestelling. Daarnaast spelen informatieasymmetrie, belangentegenstellingen en transactiekosten een rol, die het lastig maken om aan bovengenoemde elementen te voldoen.

Informatieasymmetrie tussen zorgvragers en indicatiestellers (centraal en decentraal) leidt tot moreel gevaar aan de vraagkant; prikkels in de bekostiging, die aanzetten tot het verlenen van meer zorg dan aangewezen in combinatie met informatieasymmetrie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder tot moreel gevaar aan de aanbodkant. Aan de vraagkant kan moreel gevaar tegengegaan worden met eigen betalingen. Aanbodgeïnduceerde vraag kan onder andere beperkt worden met centrale indicatiestelling. In het geval van acute curatieve zorg zal de feitelijke beslissing altijd door de zorgaanbieder worden genomen en is centrale indicatiestelling geen optie. Zorgverzekeraars kunnen wel overwegen om bij planbare curatieve zorg die gevoelig is voor moreel gevaar aan de vraag- of aanbodkant de zorgaanbieder vooraf een machtiging te laten vragen. Een oplossing kan ook worden gezocht in de aanpassing van de bekostiging om de perverse

financiële prikkels te beperken. Zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders monitoren en benchmarken en zo praktijkvariatie en mogelijke indicatieverruiming of -verschuivingen in kaart brengen. Tevens kunnen zorgverzekeraars hierover met zorgaanbieders in gesprek gaan en/of hier in het contracteringsproces rekening mee houden. Een andere optie zou kunnen zijn om de indicatiesteller/zorgaanbieder mede verantwoordelijk te maken voor de financiële consequenties gerelateerd aan de toewijzing van de zorg.

In de Zvw is de zorgverzekeraar zo gepositioneerd dat deze tegenwicht kan bieden aan aanbodgeïnduceerde vraag door zorgaanbieders. In de AWBZ is die positie minder goed belegd. Samenwerking tussen de zorgkantoren en het CIZ is noodzakelijk. Aan de ene kant beschikt het CIZ over de informatie en kennis om te signaleren dat bij bepaalde aanbieders mogelijk sprake is van upcoding of aanbodgeïnduceerde vraag. Bij de zorginkoop gaat het zorgkantoor hier idealiter over in gesprek met de zorgaanbieder. Aan de andere kant moet het zorgkantoor de signalen die zij binnen krijgt over mogelijke aanbodgeïnduceerde vraag doorspelen aan het CIZ. Het CIZ kan deze signalen immers onderzoeken.

Concluderend kan worden gesteld dat de indicatiestelling *an sich* geen middel is om zorgkosten te beheersen. In dit artikel hebben we vanuit een principaal-agentinvalshoek geanalyseerd hoe de inrichting van de indicatiestelling binnen het zorgstelsel wel degelijk kan bijdragen aan toegankelijke en betaalbare zorg.

Auteurs

Dr. I. (Ilaria) Mosca (e-mail: mosca@bmg.eur.nl) is senior consultant aan Ecorys Nederland, Rotterdam en verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

Dr. L.M. (Leida) Lamers (e-mail: L.M.Lamers@cpb.nl) is wetenschappelijk medewerker aan het Centraal Planbureau, Den Haag.

Dit artikel is gebaseerd op de CPB-notitie 'Indicatiestelling binnen de collectieve zorgverzekeringen'. De auteurs bedanken de collega's van het Centraal Planbureau en de referenten voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

Aghion, P. en J. Tirole, 1997, Formal and Real Authority in Organizations, *Journal of Political Economy*, vol. 105(1): 1-29.

Bradshaw, J., 1972, A taxonomy of social need, *New Society*, vol. 30(3): 72.

Chandra, A., D. Cutler en Z. Song, 2012, Who ordered that? The economics of treatment choices in medical care, *Handbook of health economics*, vol. 2: 397-432, North Holland.

- Chandra, A., en D.O. Staiger, 2007, Productivity spillovers in healthcare: evidence from the treatment of heart attacks, *The Journal of Political Economy*, vol. 115(1): 103.
- CIZ, Centrum indicatiestelling zorg, 2013, Rapportage Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen, Driebergen: CIZ.
- CVZ, College voor Zorgverzekeringen, 2013, Kosteneffectiviteit in de zorg, Op weg naar een genuanceerd en geaccepteerd gebruik van kosteneffectiviteitsgegevens in de zorg. Diemen: CVZ.
- Cutler, D., J. Skinner, A. Dora Stern en D. Wennberg, 2013, Physician Beliefs and Patient Preferences: A New Look at Regional Variation in Health Care Spending. NBER Working Paper 19320, Cambridge, MA: NBER.
- Douven, R.C.M.H., R. Mocking en I. Mosca, 2012, The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments, Den Haag: CPB.
- Ewijk, C. van, A. van der Horst en P. Besseling (eds), 2013, *Toekomst voor de zorg, Gezondheid loont, Tussen keuze en solidariteit*, Den Haag: CPB.
- Hasaart, F., 2011, Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care, proefschrift Universiteit Maastricht.
- Hazeu, C.A., 2000 *Institutionele economie*, Bussum: Coutinho.
- Meijer, S., R. Douven, en B. van den Berg, 2010, Hoe beïnvloedt geregleerde concurrentie de Nederlandse ziekenhuismarkt?, *TPEdigitaal*, vol. 4(1): 39-49.
- NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994, *Indicatiestelling en zorg op maat*, NRV: Den Haag.
- O'Hare, A.M., R.A. Rodriguez, S.M. Hailpern, E.B. Larson en M.K. Tamura, 2010, Regional variation in health care intensity and treatment practices for end-stage renal disease in older adults, *JAMA: the journal of the American Medical Association*, vol. 304(2): 180-86.
- Phelps, C.E., 2000, Information diffusion and best practice adoption, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier Science Publishers.
- Phelps, C.E., 1992, Diffusion of information in medical care, *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 6(3): 23-42.
- RMO, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2010, *Indicatiestelling: omstreden toegang tot zorg*, RMO: Den Haag.
- Skinner, J., 2012, Causes and consequences of regional variation in health care, in: M.V. Pauly, T.G. McGuire en P.P. Barros (eds), *Handbook of Health Economics vol. II*: 46-94, Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Smits, J.P.J.M., P.C.A. Droomers, en G.P. Westert, 2002, *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland*, Bilthoven: RIVM.
- Vektis/Plexus, 2011, *Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie)*, Zeist: Vektis.
- VTV, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 1997, *VI Zorggebruik en Zorgbehoefte*. Red: Post D, Stokx LJ, RIVM Bilthoven Elsevier/De Tijdstroom.
- Westert, G.P., P.P. Groenewegen, H.C. Boshuizen, P.M. Spreeuwenberg en M.P. Steultjens, 2004, Medical practice variations in hospital care; time trends of a spatial phenomenon, *Health & Place*, vol. 10(3): 215-20.