



Centraal Planbureau

CPB Notitie | 9 januari 2014

Indicatiestelling binnen de collectieve zorgverzekering

*Op verzoek van
het ministerie van
Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*



CPB Notitie

Aan: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Centraal Planbureau

Van Stolkweg 14
Postbus 80510
2508 GM Den Haag

T (070)3383 380
I www.cpb.nl

Contactpersoon

Leida Lamers
Ilaria Mosca
Paul Besseling

Datum: 9 januari 2014

Betreft: Indicatiestelling binnen de collectieve zorgverzekering

Samenvatting

Deze notitie adresseert twee vragen: (1) Welke factoren beïnvloeden de uitkomst van het proces van centrale en decentrale indicatiestelling?; (2) Wat zijn de kansen en risico's van de huidige indicatiestelling in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)? De notitie hanteert daarbij een principaal-agentinvalshoek.

Indicatiestelling is 'het stellen van een indicatie voor een vorm van diagnostiek of behandeling'. Door middel van indicatiestelling wordt vastgesteld welke behandeling/zorg aangewezen is. De indicatiestelling is *decentraal* als de indicatiesteller ook behandelaar is; *centraal* als de indicatiesteller onafhankelijk is en op afstand van de zorgaanbieder staat. De Zvw kent een decentrale indicatiestelling; de AWBZ zowel decentrale als centrale indicatiestelling.

De uitkomst van het proces van indicatiestelling wordt beïnvloed door informatieasymmetrie tussen verschillende actoren (zorgvrager, zorgaanbieder en zorgverzekeraar). Daarnaast kan niet-contracteerbaarheid (wanneer afspraken niet contractueel kunnen worden vastgelegd) ertoe leiden dat het uitmaakt of indicatiestelling centraal of decentraal plaatsvindt. Tot slot kunnen transactiekosten verschillen per modaliteit van indicatiestelling.

Informatieasymmetrie tussen zorgvragers en indicatiestellers leidt tot moreel gevaar aan de vraagkant, wat kan worden tegengegaan met eigen betalingen. Perverse financiële prikkels in de bekostiging kunnen leiden tot moreel gevaar aan de aanbodkant, ook wel aanbodgeïnduceerde vraag genoemd. Aanbodgeïnduceerde vraag kan beperkt worden met centrale indicatiestelling. Voor de acute curatieve zorg lijkt dit echter geen optie. Een oplossing kan zijn de aanpassing van de bekostiging, monitoring en benchmarking van aanbieders door zorgverzekeraars en/of

risicodeling tussen verzekeraar en indicatiesteller/zorgaanbieder. In de Zvw kan de zorgverzekeraar tegenwicht bieden aan aanbodgeïnduceerde vraag door zorgaanbieders. In de AWBZ is die positie minder goed belegd.

1 Inleiding

De notitie is geschreven in het kader van programma ‘Toekomst Zorg’ op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De centrale vraag die in deze notitie aan de orde komt is tweeledig:

1. Welke factoren beïnvloeden de uitkomst van het proces van centrale en decentrale indicatiestelling?
2. Wat zijn de kansen en risico's van de huidige indicatiestelling in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

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 Nederland kennen we collectieve verzekeringen voor curatieve en langdurige zorg.¹ Met deze verzekeringen wordt beoogd om iedere Nederlander toegang te geven tot kwalitatief goede zorg en om de zorg betaalbaar te houden. De indicatiestelling is een proces waarmee binnen de collectieve zorgverzekeringen deze publieke belangen t.w. kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid, gediend kunnen worden.

We onderscheiden in deze notitie twee modaliteiten voor de inrichting van de indicatiestelling. Er is sprake van een *decentrale* indicatiestelling als de zorgaanbieder die de indicatie afgeeft ook de behandelaar van de patiënt is. Indien de indicatiestelling door een onafhankelijke indicatiesteller wordt gedaan, is er sprake van een *centrale* indicatiestelling. In dit geval vindt de indicatiestelling plaats op afstand van de zorgaanbieder.

Deze notitie geeft een partiële analyse van de indicatiestelling vanuit een principaal-agentinvalshoek. We abstraheren in deze notitie 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

¹ In Nederland is iedere inwoner verplicht verzekerd voor curatieve en langdurige zorg via de Zorgverzekeringswet (Zvw), respectievelijk de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

in lijn zijn.² Dit impliceert dat risicoselectie of afwenteling door de zorgverzekeraar buiten de reikwijdte van deze notitie valt.

Bij zowel de centrale als de decentrale modaliteit van de 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. Een ander marktfalen is de aanwezigheid van marktmacht. 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.

Om de twee onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, komt in deze notitie een aantal onderwerpen aan de orde. Ten eerste stellen we in paragraaf 2 vast wat we precies bedoelen met indicatiestelling. Daarna wordt in paragraaf 3 beschreven welke elementen vanuit maatschappelijk perspectief van belang zijn bij de vormgeving van het proces van indicatiestelling. Paragraaf 4 beschrijft vanuit het contract-theorieperspectief welke factoren van invloed zijn op de totstandkoming van de indicatiestelling. Vervolgens leggen we in paragraaf 5 uit hoe het verzekerde pakket, de rol van de verschillende actoren en de plaats van de indicatiestelling is ingericht binnen de Zvw en de AWBZ. In paragraaf 6 passen we de in paragraaf 4 geïdentificeerde factoren toe op de Zvw en de AWBZ. Tot slot geeft paragraaf 7 de conclusies en discussiepunten.

2 Begripsbepaling: Zorgbehoefte, diagnose- en indicatiestelling

Het ontstaan van een lichamelijke en/of een geestelijke probleem bij het individu vertaalt zich in een zorgbehoefte, waarmee hij een zorgprofessional kan benaderen. Na nadere medische analyse wordt bepaald of en welke behandeling/zorg aangewezen is, waarna zorggebruik kan plaatsvinden.

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

² Een argument hiervoor is dat zorgverzekeraars/zorgkantoren een belang hebben bij een zo doelmatige mogelijke zorgverlening, waarbij zowel overbehandeling als onderbehandeling wordt voorkomen.

noodzaak en het verlangen.³ In literatuurstudies naar het begrip zorgbehoefte worden verschillende en vele definities gehanteerd.⁴ Bradshaws definitie van zorgbehoefte wordt vaak gebruikt.⁵ Hij onderscheidt vier typen zorgbehoeften: *normatieve*, *ervaren*, *geuite* en *comparatieve* zorgbehoeften (zie onderstaand tekstkader).

Zorgbehoeften

De *normatieve* behoefte wordt door de zorgprofessional 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?). (a) De *normatieve* behoefte wordt ook geobjectiveerde, geprotocolleerde of objectieve zorgbehoefte genoemd. De *normatieve* zorgbehoeften worden vertaald in een behandelings- of indicatiebesluit. 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 specifiek. Ze hebben een lichamelijk en/of geestelijk ervaren gezondheidsprobleem dat kan leiden tot zorggebruik (a). 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 zorgprofessionals 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. (b)

(a) VTV, 1997.

(b) Smits et al., 2002.

In deze notitie verstaan we onder indicatiestelling de vertaling van de door een individu *geuite* zorgbehoefte naar de *normatieve* zorgbehoefte.

De definitie van diagnose- en indicatiestelling is in de praktijk niet altijd eenduidig. In de geneeskundige wereld zijn twee woordenboeken de referentie voor de begrippen indicatie en diagnose. Deze woordenboeken zijn bekend onder de naam van de personen die ze ooit begonnen: Pinkhof en Coelho. Volgens Pinkhof is de eerste betekenis van indicatie een 'aanwijzing dat een bepaalde behandeling of ingreep nodig (geïndiceerd, aangewezen) is'. De indicatiestelling is 'het stellen van een indicatie voor een vorm van diagnostiek of behandeling'. De diagnose is gedefinieerd als 'de naamgeving van een bij de patiënt geconstateerde aandoening'. De diagnosestelling is het objectief vaststellen (met andere woorden de diagnoseerbaarheid) van een diagnose. Volgens het Coelho-woordenboek is de indicatie 'een aanwijzing, bijvoorbeeld door ziekteverschijnselen, welke behandeling moet worden toegepast om een ziekte te bestrijden'. De diagnose is 'de vaststelling van de aard van een ziekte door geneeskundig onderzoek'.

In de praktijk heeft echter een verstrekte indicatie een duale betekenis: een beoordeling op een zorgclaim en de toewijzing van de te krijgen zorg. De indicatiestelling is zowel een diagnose van een zorgbehoefte als een middel voor de

³ VTV, 1997.

⁴ Asadi-Lari et al., 2003.

⁵ Bradshaw, 1972.

toewijzing van de te krijgen zorg. In deze notitie richten wij ons op de indicatiestelling als het vaststellen welke behandeling/zorg binnen collectieve zorgverzekeringen aangewezen is. Aan de indicatiestelling gaat de diagnosestelling vooraf.

3 Vormgeving van het proces van 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 zowel mechanismen die economisch van aard zijn, als niet-economische elementen die aansluiten bij het denken in de samenleving over toegankelijkheid van zorg en rechtvaardigheid van de inrichting van het zorgstelsel. De economische analyse wordt in de volgende paragraaf beschreven. In deze paragraaf wordt ingegaan op de maatschappelijke elementen.⁶ Dit betreft 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.⁷ Hieronder worden deze elementen die afgewogen moeten worden bij de vormgeving van het proces van indicatiestelling beschreven en toegepast op beide modaliteiten van indicatiestelling, centraal met een onafhankelijke indicatiesteller en decentraal waarbij de indicatiesteller tevens zorgaanbieder is.

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.⁸ 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 (zie ook tekstkader: Verklarende factoren voor praktijkvariatie).⁹

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

⁶ Bij de afweging van de meer maatschappelijke elementen spelen uiteraard ook de uitvoeringskosten (om bijvoorbeeld informatie te verzamelen) en bureaucratie een rol. Deze worden in paragraaf 4 besproken onder het kopje transactiekosten.

⁷ NRV, 1994.

⁸ RMO, 2010.

⁹ Phelps, 1992.

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 objectiverbaarheid.

Een onafhankelijke indicatiesteller heeft een opdracht¹⁰ en moet transparant zijn en verantwoording afleggen. Derhalve is werken volgens protocollen door de onafhankelijke indicatiestellers noodzakelijk. De mate van de objectiverbaarheid is afhankelijk van de ruimte die het protocol laat voor een afweging door de onafhankelijke indicatiesteller. De objectiverbaarheid van een decentrale indicatiestelling is afhankelijk van de beschikbaarheid van eenduidige richtlijnen en protocollen.

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.¹¹ 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 het zorgaanbod.¹² 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.

¹⁰ De opdracht aan een onafhankelijk indicatieorgaan wordt gegeven door de overheid. De overheid moet er ook voor zorgen dat het onafhankelijke indicatieorgaan adequate prikkels heeft om zorgvuldig en onafhankelijk indicaties te kunnen stellen.

¹¹ RMO, 2010.

¹² NRV, 1994. Noch schaarste, noch overvloed in het zorgaanbod beïnvloeden op voorhand de indicatiestelling.

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 hoog urgente (acute) zorg en gezondheidstoestanden die snel kunnen veranderen is decentrale indicatiestelling op zijn plaats. Voor laag urgente (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. Daarnaast spelen informatie asymmetrie, belangentegenstellingen en transactiekosten een rol, die het lastig maken om aan bovengenoemde elementen te voldoen.

4 Factoren van invloed op de uitkomst van de indicatiestelling

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.¹³ 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 onderstaand tekstkader).

Verklarende factoren voor praktijkvariatie

De aanwezigheid van patiëntenvoorkeuren kan een verklaring zijn waarom verschillende behandelingen, en dus verschillend zorggebruik, plaatsvinden. Er is beperkte literatuur die deze effecten van patiëntenvoorkeuren heeft geëvalueerd. (a) De beschikbare onderzoeken tonen aan dat patiëntenvoorkeuren voor huisartsenzorg en medisch specialistische zorg de regionale praktijkvariatie niet significant verklaren. (b) Phelps (1992) rekent praktijkvariatie vooral toe aan de invloed van lokale verschillen in opleiding die tot 'local schools of belief' leiden. Een recente studie toont aan dat het geloof van de arts (physician belief) een belangrijk element is in de keuze van een behandeling. Zo is 17 procent van de zorguitgaven in de VS gerelateerd aan het geloof van artsen zonder enige vorm van klinisch bewijs. (c) Daardoor kunnen ziekenhuizen of medische maatschappen op grond van eigen ervaringen behandelpatronen toepassen die niet stroken met de nieuwste medisch-wetenschappelijke inzichten. Praktijkvariatie kan ook optreden wanneer sommige ziekenhuizen sneller gebruik maken van nieuwe medische technologie dan andere ziekenhuizen. (d)

(a) Chandra et al., 2012.

(b) Zie bijvoorbeeld O'Hare et al., 2010.

(c) Cutler et al., 2013.

(d) Chandra en Staiger, 2007.

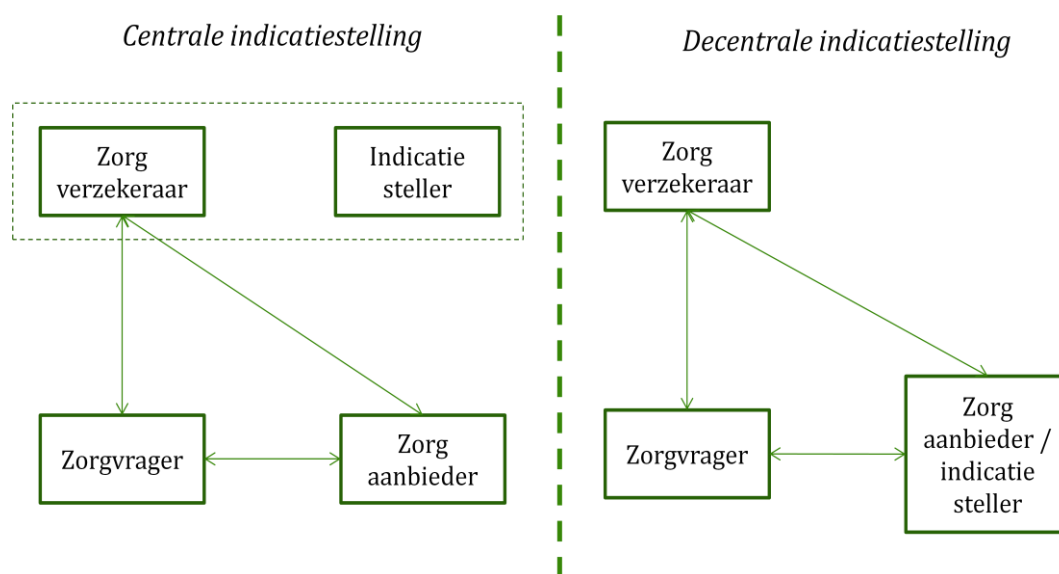
De resterende onverklaarde praktijkvariatie duidt erop dat ergens in de zorgketen inefficiënte keuzes gemaakt worden. Deze inefficiënties kunnen voortkomen uit verschillende bronnen van marktfalen: informatieasymmetrie wat leidt tot moreel gevaar of averechtse selectie, incomplete contracten of transactiekosten. Om het effect van de modaliteit van de indicatiestelling op deze inefficiënties te analyseren, wordt in deze paragraaf een principaal-agentperspectief op indicatiestelling binnen de collectieve zorgverzekeringen beschreven. Daartoe moeten eerst de belangrijkste actoren worden geïdentificeerd, evenals hun belangen. Vervolgens kan worden vastgesteld wat vanuit het perspectief van contracttheorie gezegd kan worden over de verschillen tussen centrale en decentrale indicatiestelling.

Een schematische beschrijving van de indicatiestelling binnen het zorgstelsel kent een aantal actoren, te weten de zorgvrager, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. We abstraheren in deze notitie van de rol van de overheid als centrale regisseur van de zorg (de principaal) en veronderstellen dat de belangen van de zorgverzekeraar en

¹³ Phelps, 2000; Skinner, 2012; Westert et al., 2004; Vektis/Plexus, 2011; Hasaart, 2011; Douven et al., 2012.

de overheid met elkaar in lijn zijn. Een argument hiervoor is dat zorgverzekeraars een belang hebben bij een zo doelmatige mogelijke zorgverlening. De zorgvrager/verzekerde beschouwen we in dit stuk als agent, evenals de zorgaanbieder; de zorgverzekeraar, die in zijn rol als ‘third party payer’ zorg inkoop en betaalt, als principaal. 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 4.1 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 4.1 Contractuele relaties tussen actoren bij twee modaliteiten van indicatiestelling



Informatie asymmetrie

Informatieasymmetrie kan zich in twee vormen voordoen, averechtse selectie en moreel gevaar. In abstracte zin speelt averechtse selectie als agenten karakteristieken hebben die de principaal niet kent, maar zij zelf wel. 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 een verzekeringscontract kan averechtse selectie ertoe leiden dat zich op den duur voor een verzekering alleen maar 'slechte risico's' aanmelden.¹⁴ Het is een lastige exercitie om empirisch moreel

¹⁴ Dit geldt alleen in geval van verplichte verzekering.

gevaar en averechtse selectie vast te stellen.¹⁵ Het beroemde RAND Health Insurance Experiment vond een overall vraagelasticiteit van ongeveer -0.2 .¹⁶

Moreel gevaar speelt als agenten voor hen kostbare inspanning moeten verrichten die de principaal niet kan waarnemen, maar zij zelf wel. 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 bijvoorbeeld tot een groter (en vaak onnodig) gebruik van zorg. Verschillende onderzoeken tonen aan dat de financiële prikkels de zorgproductie in termen van het aantal behandelingen, inderdaad beïnvloedt.¹⁷ 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 zorgverzekeringstelsel daarom mogelijk ook voor behandelingen die geen of weinig nut hebben. In de praktijk is er daardoor ruimte voor artsen om de vraag te sturen.¹⁸

Aan de vraagzijde kan de zorgvrager in beide modaliteiten van indicatiestelling invloed op de vraag uitoefenen, omdat hij zelf over meer informatie beschikt dan de indicatiesteller. Als de zorgvrager de hulpvraag beïnvloedt om recht te krijgen op (meer) zorg, vindt moreel gevaar plaats aan de vraagzijde van de markt. De private opbrengsten zullen niet meer overeenkomen met de maatschappelijke opbrengsten. Als de zorgvrager deels voor de ontvangen zorg betaalt, bijvoorbeeld door middel van een eigen bijdrage, gaat de zorgvrager een deel van het risico zelf dragen en hierdoor vermindert de kans op moreel gevaar en daarmee van (onnodig) zorggebruik.¹⁹

De vraag is wat betekenen de hierboven beschreven informatieasymmetrieën voor de inrichting van het indicatieproces. De informatieasymmetrie tussen de zorgvrager en de indicatiesteller (moreel gevaar aan de vraagkant) speelt zowel bij centrale als decentrale indicatiestelling. Behandelingen en zorg die zeer gewenst zijn door de zorgvrager, bijvoorbeeld cosmetische behandelingen die niet medisch noodzakelijk

¹⁵ In dit experiment werden groepen willekeurig toegewezen aan verschillende zorgcontracten die varieerde in de mate van eigen risico en toegang gaven tot Fee-For-Service zorg en groep mensen kreeg toegang tot zorg via een zogeheten Health Maintenance Organisation (HMO). Het experiment volgde deze groepen over de periode 1974 tot 1982, zie Chandra et al., 2012.

¹⁶ Manning et al., 1987; Newhouse et al., 1993.

¹⁷ Chandra et al., 2012.

¹⁸ Meijer et al., 2010.

¹⁹ Ewijk et al., 2013.

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 verzekeraar 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 een informatieasymmetrie tussen verzekeraar en zorgaanbieder en perverse prikkels in de bekostiging, kan centrale indicatiestelling te overwegen zijn. Hier staan echter mogelijk hogere transactiekosten tegenover. Onder transactiekosten vallen onder meer informatie-, onderhandeling- en toezichtkosten om contracten te sluiten en de naleving van contracten te kunnen volgen.

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 het type zorg (complexe of eenvoudige diagnose), 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. Tekstkader 'Niet-

contracteerbaarheid, wie heeft de formele en reële autoriteit?’ geeft een beknopte beschrijving van het model van Aghion en Tirole.

Vanwege de genoemde afruil, kunnen een aantal kenmerken worden geïdentificeerd die het waarschijnlijker maken dat delegatie van de verantwoordelijkheid van de principaal naar de agent optimaal is, te weten:

1. Activiteiten die van minder belang zijn voor de principaal. In dat geval is het minder schadelijk dat de agent niet-optimale beslissingen neemt. In een zorgcontext zou dit kunnen gaan om weinig kostbare handelingen, denk bijvoorbeeld aan delegatie naar een huisarts.
2. Activiteiten waar de principaal de agent kan vertrouwen. Als zorgaanbieders uit zichzelf rekening houden met de belangen van de principaal, is monitoring van de keuzes van de agent minder van belang.
3. Activiteiten die belangrijk zijn voor de agent, zodat de belangen van de principaal en de agent met elkaar in lijn zijn. In dat geval is delegatie ook gemakkelijker.
4. Activiteiten waarvan de kosten voor de principaal van het vergaren van informatie hoog zijn, bijvoorbeeld omdat het om heel innovatieve activiteiten betreft.

Daarnaast kun je je nog afvragen welke factoren ervoor kunnen zorgen dat de agent feitelijk de beslissing neemt, hoewel de formele autoriteit bij de principaal ligt. Aghion en Tirole benoemen vijf factoren die van invloed zijn op de reële autoriteit van de agent, te weten de ‘span of control’, het aantal principalen van de agent (deze twee factoren zijn minder relevant in de context van deze notitie), de urgentie van de beslissing, de reputatie van de principaal in het geval dat hij een besluit van de agent herziet, en de kwaliteit van de prestatiemeting. Deze factoren vergroten de kosten voor de principaal van het monitoren van de agent. Hierdoor krijgt de agent meer autonomie en zal beter zijn best doen om informatie te vergaren. De reële autoriteit verschuift daardoor van de principaal naar de agent. In die situatie is het dus minder van belang waar de formele autoriteit ligt, de werkelijke beslissing wordt toch door de agent genomen. Als bepaalde zorgactiviteiten hoog scoren op deze dimensies, betekent dit dat het in de praktijk weinig uitmaakt waar de formele autoriteit voor beslissingen ligt, in de praktijk is het immers toch de zorgaanbieder die de beslissing neemt.

Wat betekent bovenstaande analyse nu voor de twee modaliteiten van indicatiestelling? Het kan voorkomen dat het in de praktijk niet veel uitmaakt waar de formele autoriteit ligt, de uiteindelijke beslissing (de reële autoriteit) wordt toch altijd door de zorgaanbieder genomen. Bij acute zorg, waar sprake is van een urgente beslissing, is het moeilijk 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 zorg²⁰ en kleiner voor de langdurige zorg. Dit suggereert dat de keuze waar de formele autoriteit moet liggen vooral van belang is waar het planbare curatieve zorg en langdurige zorg betreft. In de praktijk zal de beslissing over acute curatieve zorg altijd op decentraal niveau, door de zorgaanbieder, genomen worden.

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 (*formal authority*) en een reële autoriteit (*real authority*). 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 informatievergaring 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 goedgevoelen 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.

Bij planbare curatieve zorg en langdurige zorg kunnen beslissingen op decentraal niveau genomen worden voor kleine ingrepen, die weinig kosten met zich meebrengen, 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 de twee modaliteiten zowel baten als kosten oplevert. Een heel vernieuwende behandeling kan bijvoorbeeld sneller gebruikt worden in het geval van een decentrale indicatiestelling. Daar tegenover staat dat er geen perverse financiële prikkels moeten zijn die het volume van de zorg kunnen opdrijven en dat de besluiten

²⁰ Een zorgvrager zal doorgaans zijn arts meer vertrouwen dan zijn zorgverzekeraar.

van de decentrale indicatiesteller kosteneffectief zijn. Welk effect, kosten versus baten, hoger is, is ex-ante moeilijk te kwantificeren.

Transactiekosten

Tot slot is er nog een laatste factor die van belang kan zijn bij de keuze voor een bepaalde modaliteit van indicatiestelling, te weten de hoogte van transactiekosten. Het begrip transactiekosten werd door Coase ingevoerd.²¹ Op een markt komen transacties niet kosteloos tot stand. De verschillende actoren in 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?). In het kader van de indicatiestelling spelen vooral de kosten gerelateerd aan het zoeken van informatie een grote rol. De informatie is nodig om een indicatie te kunnen stellen en een behandeling/zorg aan de zorgvrager toe te wijzen.

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.

5 De Nederlandse situatie

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is een verplichte verzekering voor curatieve zorg en de AWBZ voor langdurige zorg. Beide betreffen collectieve verzekeringen, waarvan in de aanspraken in de Zvw en AWBZ is vastgelegd op welke zorg verzekerden recht hebben. In de volgende subparagrafen worden de aanspraken, dat wil zeggen de omschrijving van het verzekerde pakket, de rollen van de verschillende actoren en de modaliteit van indicatiestelling beschreven voor zowel de Zvw als de AWBZ.

5.1 Zvw

Aanspraken

De Zvw verzekert de behoefte aan: geneeskundige zorg, mondzorg (gedeeltelijk), paramedische zorg (gedeeltelijk), farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg en ziekenvervoer.²² Met uitzondering van de farmaceutische zorg en de hulpmiddelenzorg is het verzekerde pakket open omschreven.²³ Dat betekent dat:

²¹ Coase, 1937.

²² In het besluit Zorgverzekering worden de te verzekeren prestaties nader omschreven (Besluit Zorgverzekering, artikelen 2.1 t/m 2.15).

²³ De wetgever kan voor het open omschreven pakket expliciet bepaalde vormen van zorg van de verzekering uitsluiten of aanvullende voorwaarden stellen.

1. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk;
2. Dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen;
3. Dat de zorg de zorg betreft zoals de betreffende beroepsbeoefenaren die plegen te bieden.

Voor de farmaceutische zorg en de hulpmiddelenzorg kent het verzekerde pakket een gesloten omschrijving. Dit houdt in dat bij ministeriële regeling wordt vastgelegd welke geregistreerde middelen zijn aangewezen en wat de aangewezen hulpmiddelen (functiegericht omschreven) zijn.

Actoren en hun rol

Jaarlijks kan een *verzekerde van zorgverzekeraar* veranderen, het zogenaamde 'stemmen met de voeten'. Verzekeraars hebben een acceptatieplicht. Zij moeten elke verzekerde die zich meldt voor de basisverzekering accepteren en mogen de premie, die zij de verzekerden vragen, niet differentiëren.

De verzekeraars hebben een zorgplicht. De verzekeraar koopt bij *zorgaanbieders* zorg in voor zijn verzekerden om deze zorgplicht waar te maken.²⁴ Met de aanbieders maakt de verzekeraar afspraken over prijzen, volume en kwaliteit van de zorg. In de curatieve zorg wordt de zorg doorgaans per (bundel van) verrichting(en) betaald. Zorgverzekeraars zijn private ondernemingen, die financieel risico lopen op de uitvoering van de basisverzekering.²⁵

Een verzekerde zal zich in geval van klachten of een aandoening wenden tot een zorgaanbieder, die een diagnose zal stellen. Dit zullen veelal artsen zijn. Het is doorgaans dezelfde arts die ook de indicatiestelling doet en aangeeft welke behandeling voor de patiënt is aangewezen en in veel gevallen ook de behandeling op zich neemt (decentrale modaliteit van indicatiestelling). Bij twijfel over een diagnose en/of een voorgestelde behandeling kan om een second opinion worden gevraagd. De verzekeraars betalen de declaraties van de zorgaanbieders voor hun verzekerden. De verzekeraars moeten deze declaraties controleren. Alleen verzekerde zorg, zoals beschreven in de afspraken, komt voor vergoeding in aanmerking.

Controle door verzekeraar

De controle door de verzekeraar bestaat uit zogenaamde formele controle en materiële controle. Daarnaast voert de verzekeraar risicoanalyses uit en kan zorgaanbieders monitoren en benchmarken. Het grootste gedeelte van de controles

²⁴ In geval de verzekeraar een restitutiepolis aanbiedt, moet hij in de polisvoorwaarden vastleggen op welk restitutiebedrag een verzekerde kan rekenen. In geval van een naturapolis moet het voor de verzekerde duidelijk zijn waar de verzekeraar zorg heeft ingekocht en wat de eventuele (financiële) consequenties zijn van zorggebruik bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

²⁵ Met een risicovereeningssysteem worden verzekeraars gecompenseerd voor de voorspelbare winsten en verliezen die voortvloeien uit verschillen in gezondheidstoestand van hun verzekerdenportefeuille.

zijn formele controles, onderzoeken waarbij onder andere wordt nagegaan of de declaratie van een prestatie conform de afspraken met de zorgaanbieder en bestaande regelgeving is gedaan. Formele controles zijn in hoge mate gestandaardiseerd, vinden grotendeels geautomatiseerd plaats en zijn doorgaans gebaseerd op risicoanalyses. Materiële controle betreft onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk is geleverd (rechtmatigheid) en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (doelmatigheid). Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft hiertoe het Protocol Materiële Controle opgesteld.²⁶

Zorgverzekeraars moeten strijden om de gunst van de verzekerde. Dit kan op gespannen voet staan met inzet op materiële (detail)controle. Wanneer controles van de verzekeraar door de verzekerde als belemmerend ervaren worden, kan dit imagoschade voor de zorgverzekeraar opleveren.

Naast controle achteraf, geeft de zorgverzekeraar voor een aantal behandelingen een machtiging vooraf. De zorgaanbieder vraagt deze machtiging aan bij de zorgverzekeraar van de patiënt. Met het afgeven van een machtiging gaat de zorgverzekeraar akkoord met vergoeding van de behandeling uit de Zvw. Een machtiging is nodig voor een deel van de zorg waarvoor een aanspraakbeperking geldt. Het beleid op dit punt verschilt per zorgverzekeraar. Voor een groot deel van deze behandelingen geldt een uniform, gedigitaliseerd machtigingenbeleid.²⁷

5.2 AWBZ

Aanspraken

De AWBZ vergoedt langdurige zorg voor mensen met een ernstige beperking. Het gaat om beperkingen door een handicap, chronische ziekte of ouderdom. De aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ zijn vastgelegd in het Besluit zorgaanspraken AWBZ. De verzekerde heeft aanspraak op persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en kortdurend en langdurig verblijf in een zorginstelling.²⁸ De aanspraak op zorg bestaat slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen. De inhoud en de omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Voor genoemde AWBZ-zorg is een indicatie nodig. Daarnaast kent de AWBZ ook een aantal aanspraken, waarvoor geen indicatie nodig is, zoals vaccinaties. In de AWBZ is

²⁶ Zie http://www.cbpreb.nl/downloads_gedragscodes/gedr_zn_Notitie_1016_1.pdf Het protocol materiële controle is onderdeel van de gedragscode die zorgverzekeraars hebben opgesteld. De gedragscode is goedgekeurd door het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP).

²⁷ Zie <https://www.zn.nl/zn-formulieren/machtigingen/>

²⁸ Behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw.

vastgelegd dat in iedere gemeente een onafhankelijk indicatieorgaan werkzaam is dat kosteloos besluit of een inwoner is aangewezen op AWBZ-zorg. Dit is het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Actoren en hun rol

Het CIZ is het *onafhankelijke indicatieorgaan* voor de AWBZ. In de CIZ Indicatiwijzer wordt beschreven op basis waarvan de indicatiestellers van het CIZ indicatiebesluiten nemen en *zorgaanbieders* besluiten voorbereiden.²⁹ Het CIZ geeft geen indicaties af voor jongeren tot 18 jaar met een psychiatrische diagnose. Hiervoor kunnen ouders terecht bij Bureau Jeugdzorg (BJZ). De indicatiestelling voor AWBZ-zorg met verblijf voor ouderen van 80 jaar en ouder wordt gedaan door de zorgaanbieder. Indien de zorginstelling oordeelt dat een 80-plusser voor AWBZ-zorg met verblijf in aanmerking komt, stelt de instelling het CIZ op de hoogte. Het CIZ doet geen onderzoek en geeft alleen het indicatiebesluit af. De indicatie voor zorg zonder verblijf wordt uitgedrukt in uren zorg per functie; de indicatie voor zorg met verblijf in een zorgzwaartepakket (zpz), die tevens worden gebruikt bij de zorginkoop en bekostiging.

Zorgaanvragers kunnen bij het CIZ bezwaar maken tegen een indicatiebesluit. Indien het CIZ niet aan een bezwaar kan voldoen, wordt advies gevraagd aan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Zorgaanvragers die het niet eens zijn met de beslissing over hun bezwaarschrift, kunnen bij de rechtbank in hoger beroep gaan.

Het CIZ stuurt het indicatiebesluit naar een van de 32 regionale *zorgkantoren*, die de AWBZ uitvoeren namens alle zorgverzekeraars. De zorgkantoren kopen de AWBZ-zorg (in natura) in bij zorgaanbieders voor alle inwoners van een regio en helpen zorgvragers bij het vinden van een zorgverlener. Zij ontvangen hiervoor een budget via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Zorgkantoren lopen geen financieel risico. De zorgkantoren controleren de declaraties van de zorgaanbieders. De *zorgaanvrager* kan ook kiezen voor een persoonsgebonden budget en daarmee zelf de geïndiceerde zorg inkopen.

Gebruikers van AWBZ-zorg moeten een eigen bijdrage betalen, met uitzondering van kinderen en jongeren tot 18 jaar. De eigen bijdrage is afhankelijk van leeftijd, inkomen en de samenstelling van het huishouden. Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) int de eigen bijdragen.

²⁹ CIZ, 2013a.

6 Kansen en risico's van de huidige indicatiestelling in de Zvw en de AWBZ

Nederland kent zowel een decentrale als een centrale indicatiestelling. In de Zvw wordt de indicatiestelling decentraal uitgevoerd door de zorgaanbieders.³⁰ In de AWBZ komen zowel centrale als decentrale indicatiestelling voor. In een aantal situaties, zoals de indicatiestelling voor AWBZ-zorg met verblijf voor 80-plussers, zijn de zorgaanbieders gemandateerd om de indicatiestelling te doen (decentrale indicatiestelling). Voor de overige AWBZ-zorg wordt de indicatiestelling centraal uitgevoerd door een onafhankelijk indicatieorgaan, het CIZ.

6.1 Zvw

In de Zvw wordt de indicatiestelling decentraal uitgevoerd door zorgaanbieders, veelal artsen. De behandelingen zijn gericht 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 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 is die aan meerdere aandoeningen lijdt (multimorbiditeit).

Informatieasymmetrie

De zorgverzekeraar heeft in de Zvw een regierol en is de principaal. De zorgaanbieders, die zowel indicatiesteller als behandelaar zijn, zijn agenten. De zorgverzekeraar koopt zorg in bij de zorgaanbieders en kan daarbij naast afspraken over prijs en volume ook afspraken maken over de kwaliteit van zorg en het gebruik van richtlijnen.

De informatieasymmetrie tussen zorgvragers en zorgaanbieders, tevens indicatiestellers in de Zvw, leidt tot moreel gevaar aan de vraagkant. Eigen betalingen hebben een remmend effect op dit moreel gevaar. Perverse financiële prikkels in de bekostiging leiden tot moreel gevaar aan de aanbodkant. Het ligt voor de hand dat een bekostigingssysteem dat de uitkomst beloont in plaats van het aantal verrichtingen veel effectiever is in het verminderen van moreel gevaar. 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

³⁰ Mogelijke uitzondering zijn behandelingen waarvoor een machtiging nodig is.

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.³¹ In de praktijk is dit nauwelijks het geval.³²

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 speelt ook een rol bij de decentrale indicatiestelling in de Zvw. Zoals eerder opgemerkt is de reputatieschade voor het terugdraaien van een beslissing groot voor de (acute) curatieve zorg.

Transactiekosten

Zorgverzekeraars kunnen zorgaanbieders monitoren en benchmarken op hun casemix en volumegroei en zo praktijkvariatie in kaart brengen.³³ 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.

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. 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

³¹ De overheid kan kosteneffectiviteit mee laten wegen bij de afbakening van het verzekerde pakket van de collectieve zorgverzekeringen.

³² CVZ, 2013.

³³ Hasaart, 2011; Douven et al., 2012.

(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.

6.2 AWBZ

In de AWBZ treedt het CIZ op als onafhankelijke indicatiesteller (centrale indicatiestelling). In een aantal gevallen zijn de zorgaanbieders gemandateerd om de indicatiestelling te doen en is er dus sprake van decentrale indicatiestelling. 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 goede optie.

De CIZ Indicatiwijzer is het protocol dat het CIZ volgt om, rekening houdend met relevante regelgeving, te komen tot een indicatiebesluit. Deze indicatiwijzer draagt bij aan de objectiveerbaarheid van de indicatiestelling. De mate van objectiveerbaarheid is afhankelijk van de ruimte die de indicatiwijzer laat aan de indicatiesteller voor subjectieve afweging.

Informatieasymmetrie

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 informatie asymmetrie 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.³⁴ Voor het CIZ spelen financiële overwegingen geen rol bij het nemen van een indicatiebesluit.

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,

³⁴ CIZ, 2013b.

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.

Het CIZ is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de allocatie van zorg.³⁵ 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. Zowel de zorgvrager als de zorgaanbieder hebben baat bij een zo zwaar mogelijke indicatie. In geval van een indicatiebesluit met 'overindicatie' kent het huidige zorgstelsel geen partij die hier tegenwicht biedt, zoals de zorgverzekeraars die rol en financiële prikkel wel hebben in de Zvw.

7 Conclusie

De eerste vraag in deze notitie luidde: Welke factoren beïnvloeden de uitkomst van het proces van centrale en decentrale indicatiestelling? Om deze vraag te beantwoorden is een partiële analyse van de indicatiestelling gemaakt die de mechanismen duidt vanuit een principaal agent invalshoek. Allereerst is er informatieasymmetrie tussen verschillende actoren (zorgvrager, zorgaanbieder en zorgverzekeraar). Daarnaast kunnen de (financiële) prikkels van die actoren ook verschillen. Dit kan opgelost worden door prikkels te veranderen (met bijvoorbeeld vormen van eigen betalingen), maar ook door slim te kiezen wie wat beslist. Daarnaast kan niet-contracteerbaarheid (wanneer afspraken niet contractueel kunnen worden vastgelegd) ertoe leiden dat het uitmaakt of indicatiestelling centraal of decentraal plaatsvindt. Tegelijkertijd wordt de feitelijke beslissing niet altijd genomen door degene met formele autoriteit, zodat de allocatie van formele

³⁵ Het CIZ krijgt zijn opdracht van de overheid. De overheid moet ook zorgen dat het CIZ adequate prikkels heeft om zorgvuldig en onafhankelijk indicaties te kunnen stellen.

beslissingsbevoegdheid minder relevant wordt. Tot slot kunnen transactiekosten verschillen per modaliteit van indicatiestelling.

Een vijftal elementen (objectieverbaarheid, onafhankelijkheid, integraliteit, geldigheid en urgentiebepaling en second opinion) vragen vanuit maatschappelijk perspectief om een afweging bij de vormgeving van het proces van indicatiestelling om een betrouwbare en valide uitkomst van dit proces te kunnen borgen. Bij de vormgeving van de indicatiestelling kan nooit aan alle elementen worden voldaan. 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. Bij beide modaliteiten van indicatiestelling zal de uitkomst van het indicatieproces doorgaans niet volledig objectieverbaar zijn. 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 objectieverbaarheid.

Wat betekent dit nu voor de kansen en risico's van de huidige indicatiestelling in de Zvw en de AWBZ?

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. Voor de curatieve zorg lijkt dit echter geen optie. In het geval van acute curatieve zorg zal de feitelijke beslissing altijd door de zorgaanbieder worden genomen. 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.

Referenties

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

Asadi-Lari, M., C. Packham en D. Gray, 2003, Need for redefining needs, *Health and quality of life outcomes*, vol. 1(1): 34.

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.

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, 2013a, CIZ indicatiewijzer versie 6.0 Toelichting op de beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2013, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS, Driebergen: CIZ.

CIZ, Centrum indicatiestelling zorg, 2013b, Rapportage Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen, Driebergen: CIZ.

Coase, R.H., 1937, The nature of the firm, *Economica*, vol. 4(16): 386-405.

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.

CVZ, College voor Zorgverzekeringen, 2013, Kosteneffectiviteit in de zorg, Op weg naar een genuanceerd en geaccepteerd gebruik van kosteneffectiviteitsgegevens in de zorg. Diemen: CVZ.

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, 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.

Manning, W.G., J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler en A. Leibowitz, 1987, Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment, *The American economic review*, vol. 77(3): 251-77.

Meijer, S., R. Douven en B. van den Berg, 2010, Hoe beïnvloedt gereguleerde concurrentie de Nederlandse ziekenhuismarkt?, *TPE digitaal*, vol. 4(1): 39-49.

Newhouse, J.P., en Rand Corporation. Insurance Experiment Group (eds), 1993, *Free for all?: lessons from the RAND health insurance experiment*. Harvard University Press.

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., 1992, Diffusion of information in medical care. *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 6(3): 23-42.

Phelps, C.E., 2000, Information diffusion and best practice adoption, in: A.J. Culyer end J.P. Newhouse (eds), *Handbook of Health Economics, Amsterdam*, Elsevier Science Publishers.

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.



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (070) 3383 380

info@cpb.nl | www.cpb.nl

Januari 2014