

# Advies 'Indicatiestelling en zorg op maat'

Basis voor de praktijk

Y.W. van Kemenade, P. Vos en  
J.M.G. Lanphen

**Een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen uit het advies 'Indicatiestelling en zorg op maat' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen**

**D**E NATIONALE RAAD voor de Volksgezondheid (NRV) heeft in oktober 1994 in samenwerking met het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) het advies 'Indicatiestelling en zorg op maat' uitgebracht. Het doel van het advies was een bijdrage te leveren aan de *consensusvormingen* duidelijkheid te verkrijgen over de *verantwoordelijkheidsverdelingen* aanzien van de toegang tot de zorgverlening. Dit artikel geeft een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen.

## Belang

Het moment van indicatiestelling is een belangrijk fase in het zorgproces. Er wordt dan op basis van analyse van de zorgvraag inzicht gegeven in de individuele zorgbehoefte, hetgeen ook het afstemmen van vraag en aanbod mogelijk maakt. Indicatiestelling is daarmee een van de belangrijkste reguleringsmechanismen op de *zorgverleningsmarkt*, waarop patiënt en behandelaar elkaar ontmoeten. Het feit dat door de indicatiestelling een verzekerde als patiënt toegang krijgt tot de zorgverlening, maakt haar tevens een belangrijk reguleringsmechanisme op de *verzekeringsmarkt*.

De kosten van gezondheidszorg zijn het produkt van prijs en volume, aangestuurd door de wettelijke zorgaanspraken. Het zorgvolume wordt bepaald door capaciteit en consumptie, die onderling afhankelijk zijn. Indicatiestelling stuurt de consumptie. Dit maakt dat indicatiestelling ook een rol speelt op de *bekostigingsmarkt*, waarop zorgaanbieder en financier elkaar ontmoeten bij het maken van afspraken over de aard, de omvang en de prijs van de productie.

Van grote betekenis is, dat het zorgproces zich voltrekt onder door de overheid gecreëerde schaarsteverhoudingen. De schaarste wordt door de overheid opgelegd aan de drie partijen in het veld. De noodzaak om kosten te beheersen moet dan ook als een uitgangspunt worden genomen. Vanuit de premisse dat hogere kosten in de gezondheidszorg leiden tot een toename van de collectieve lastendruk staat de noodzaak van een zekere kostenbeheersing nauwelijks ter discussie.

Het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) moet worden gezien tegen het licht van het regeerakkoord, waarin het belang dat van overheidswege wordt gehecht aan de onafhankelijke indicatiestelling tot uitdrukking komt.

## Domeinafbakening

Het advies heeft uitsluitend betrekking op situaties waarin sprake is van een geformaliseerde indicatiestelling.\* In het alge-

kwestie geen wettelijke invulling gegeven.

## Begripsbepaling

Gelet op de veelheid aan omschrijvingen van het begrip 'indicatiestelling' die momenteel in het veld wordt gehanteerd, verdient het aanbeveling eenduidigheid hieromtrent te verkrijgen. De NRV en de CvZ bevelen aan de volgende definitie te hanteren:

*Indicatiestelling is het resultaat van een geformaliseerd proces van het op objectieveerbare wijze vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang.*

De keuze voor de plaats waar de zorg uiteindelijk wordt gerealiseerd, moet worden gezien als een stap na de indicatiestelling. De indicatiestelling moet informatie opleveren op grond waarvan verantwoorde beslissingen omtrent de inzet en financiering van zorg mogelijk zijn, mede ter effectivering van de zorgaanspraken, zoals vastgelegd in wetgeving, overeenkomsten en polissen.

## Indicatiestelling verschaft inzicht in de individuele zorgbehoefte

meen kan worden gezegd dat de geformaliseerde indicatiestelling in ieder geval van belang is in de gehandicaptenzorg (verstandelijk, lichamelijk, zintuiglijk), de verpleging en verzorging, de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdhulpverlening.

Verder heeft indicatiestelling betrekking op alle financieringsvormen van zorgaanbod, dat wil zeggen in het kader van de door de AWBZ, de WVG, de Wet op de jeugdhulpverlening en de WBO gefinancierde zorg. Opgemerkt moet worden dat in het bijzonder de WVG de gemeenten, als uitvoerders van deze wet, specifieke verantwoordelijkheden en bijzondere bevoegdheden geeft. Zo bestaat er in het kader van de WVG een gemeentelijke zorgplicht en is aan de voorzieningen in

Het woord 'objectieveerbare' in de definitie heeft betrekking op de toetsbaarheid van indicatiestelling, hetgeen ook als een van de voorwaarden van indicatiestelling kan worden geformuleerd. In deze definitie komt verder naar voren dat bij indicatiestelling de zorgvrager en diens zorgbehoefte centraal staan. De indicatiestelling mag niet op voorhand worden beïnvloed door schaarste in het zorgaanbod.

Het begrip 'zorg' dient in deze definitie breed te worden opgevat; het heeft betrekking op de totale hulpbehoefte van de cliënt. Naast de behoefte aan een vorm van zorgverlening binnen de gezond-

\* Kenmerken van geformaliseerde indicatiestelling worden in het advies beschreven.

heidszorg, kan ook worden gedacht aan bijvoorbeeld de behoefte aan hulpmiddelen, woningaanpassing, maaltijdverstrekking, alarmeringsystemen of oppashulp. De indicatie dient niet bij voorbaat te zijn gericht op één hulpvorm. Bij een integrale benadering van de hulpvraag kunnen ook behoeften op aangrenzende gebieden van de zorg, zoals huisvesting en onderwijs, worden meegewogen. Momenteel wordt voor de afzonderlijke terreinen separaat geïndiceerd. Een zoveel mogelijk *integrale benadering* van de hulp-

alternatieven met de patiënt worden besproken. De alternatieven die vervolgens worden geformuleerd komen eerst aan de orde als de door de patiënt en indicatiesteller als eerste aangewezen optie niet kan worden gerealiseerd. Hiermee wordt aangegeven dat bij de afgifte van een indicatie het verlenen van een vorm van zorg niet kan worden geweigerd. Door de formulering van zorgalternatieven zouden de betrokken instellingen of beroepsbeoefenaren op de een of andere wijze bij een capaciteitstekort voor een zorgalternatief

welomschreven en eenduidige criteria. De indicatiestelling moet toetsbaar zijn; dit impliceert dat procedure en criteria openbaar dienen te zijn en goed toegankelijk voor de zorgvrager.

d. De inbreng van de noodzakelijke zorginhoudelijke deskundigheid moet zijn gegarandeerd.

e. De indicatiestelling moet plaatsvinden onafhankelijk van de (met name financiële) belangen van zorgaanbieders, financiers/zorgverzekeraars en patiënten.

f. De indicatiestelling dient, indien mogelijk, naast de aangewezen zorgfuncties één of meer zorgalternatieven aan te geven.

g. Binnen het proces van indicatiestelling dient duidelijk te zijn wanneer er een mogelijkheid voor een 'second opinion' aanwezig is.

h. De geldigheid van de indicatiestelling dient in de tijd beperkt te zijn.

i. Er moet een urgentiebepaling worden opgenomen: aangegeven moet worden op welke termijn de geïndiceerde hulp beschikbaar dient te zijn.

### De rol van de schaarste is een belangrijk punt

vraag is gewenst. In dat kader is een geïntegreerde indicatiestelling noodzakelijk. Indicatiestelling zoals hier beschreven, kan ook *zorgindicatie* worden genoemd. De zorgindicatie kan worden onderscheiden van de verzekeringsindicatie. Onder verzekeringsindicatie wordt verstaan: "Een norm waaraan wordt afgemeten of en in welke omvang een verzekerde gezien zijn zorgbehoefte in aanmerking komt voor een verzekeringsprestatie" (J.M. van der Most, Functiegerichte verstrekkingen-omschrijving, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1991, pp. 464-480). Het afmeten van de zorgindicatie aan een dergelijke norm is de *indicatiebeoordeling*. Indicatiebeoordeling kan overigens ook betrekking hebben op de beoordeling van de zorgindicatie aan normen van anderszins collectief gefinancierde zorg (WVG, subsidieregelingen).

Indicatiebeoordeling is dus het nagaan of de zorgindicatie kan leiden tot een aanspraak op verzekerde of collectief gefinancierde zorg (vaststellen van de rechtmatigheid van de aanspraak). In aansluiting op de indicatiebeoordeling dient de zorgtoewijzing plaats te vinden. Die zal, gezien de bestaande wachtlijsten, niet altijd direct kunnen worden gerealiseerd. *Zorgtoewijzing* is de invulling van de gendeceerde zorg, dat wil zeggen de vertaling in termen van concreet zorgaanbod van de gestelde indicatie, in relatie tot de verzekeringsindicatie.

Rekening houdend met de beschikbaarheid van het zorgaanbod wordt bepaald wie, waar en wanneer in welke omvang de hulp verleent. Indicatiestelling leidt, ook als deze na de indicatiebeoordeling heeft geleid tot een zorgaanspraak, niet automatisch tot zorgtoewijzing, omdat er sprake kan zijn van een capaciteitstekort. Door het formuleren van zorgalternatieven bij de indicatiestelling kan bij gebrek aan capaciteit worden gekozen voor een toewijzing van één van de zorgalternatieven. Bij indicatiestelling moeten deze zorg-

zorg moeten dragen. Bij deze flexibilisering van zorg kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het maximaal benutten van de 4%-regeling van verpleeghuizen.

De rol van *schaarste* met betrekking tot indicatiestelling is een zeer belangrijk punt, waar in de voorbereidingscommissie overeenstemming is bereikt over het volgende. Om in de op indicatiestelling volgende fase van zorgtoewijzing te komen tot een rechtvaardige verdeling van de schaarse beschikbare zorg, moet bij de formulering van zorgalternatieven rekening worden gehouden met de beschikbaarheid aan capaciteit. Om inzicht te krijgen in de reële schaarste mag de indicatiestelling echter niet *op voorhand* hierdoor worden beïnvloed. Een zorgvuldige indicatiestelling kan op deze wijze bijdragen aan een adequate behoeftebepaling en ook aan inzicht in schaarsteverhoudingen. Nadrukkelijk wordt hier op voorhand genoemd, omdat in de praktijk de schaarste uiteindelijk wel degelijk invloed heeft op de indicatiestelling, maar ons inziens pas bij de formulering van de zorgalternatieven.

#### Voorwaarden

Over de voorwaarden waaraan indicatiestelling dient te voldoen is consensus bereikt. Indicatiestelling dient aan de volgende vormvereisten te voldoen:

a. De hulpvraag van een individuele patiënt dient het uitgangspunt van indicatiestelling te vormen.

b. In de indicatiestelling wordt de hulpvraag integraal benaderd; momenteel vindt de indicatiestelling plaats binnen de verschillende wettelijke kaders (AWBZ, WBO, WVG, WSW, SO, Wet op de Jeugdhulpverlening, Justitie, Gemeentefonds, TFV, FSV).

c. Indicatiestelling moet op inzichtelijke, gestructureerde en zo mogelijk geprotocolleerde wijze plaatsvinden; er wordt een uniforme, vaste procedure gevolgd, met

#### Juridische aspecten

Indicatiestelling dient onderwerp te zijn van afspraken die worden gemaakt tussen de organisaties van patiënten/consumënten, zorgaanbieders en financiers/zorgverzekeraars. De schaalgrootte waarop deze afspraken dienen te worden gemaakt, is afhankelijk van de desbetreffende zorg. Afspraken op landelijk niveau en afspraken op decentraal niveau zullen op elkaar moeten worden afgestemd.


De NRV en het CvZ zijn van mening dat het gewenst is dat indicatiestelling aan de genoemde voorwaarden voldoet. Deze algemene eisen dienen inclusief de sanctiemogelijkheden te worden vastgelegd in een wettelijke regeling, die moet worden gezien als een *kaderwet*. Het kan nooit zo zijn dat deze kaderwet het regionale overleg tussen partijen vervangt: de kaderwet moet meer worden gezien als een noodzakelijk kwaad indien partijen niet tot overeenstemming komen.

De regionaal te maken afspraken dienen tenminste betrekking te hebben op:

- de bevoegdheid tot indicatiestelling en de regeling van de onderlinge verhoudingen;

- de relatie tussen indicatiestelling en indicatiebeoordeling;

- het rechtskarakter van het oordeel van de indicatiesteller en de verhouding tot de zorgtoewijzing.

Ook de rechten van de hulpvrager/patiënt dienen bij de afspraken te worden uitgewerkt. Deze rechten liggen in principe vast, maar er dient een praktische uitwerking aan te worden gegeven die betrekking heeft op onder andere rechtsze- 

kerheid, 'informed consent', hulpvragers-perspectief, patiëntenparticipatie, transparantie, rechtsbescherming, dat wil zeg-

alsmede voor lagere overheden. Met betrekking tot de standaardisatie van de gegevens (onder andere de financiering)

*Indien partijen geen consensus bereiken, dient er een wettelijke regeling aanwezig te zijn*

gen 'second opinion', en beroep. Het oordeel van de indicatiesteller dient, nadat zorg- en verzekeringsindicatie zijn gesteld, bindend te zijn voor de zorgaanbieders ten aanzien van het type zorg waarvoor de patiënt is geïndiceerd. De rechtspositie van de patiënt bij geformaliseerde indicatiestelling wordt beschermd, mits de indicatieprocedure aan de eerdergenoemde criteria voldoet. Mede om een beroep op een administratief-rechtelijke procedure te voorkomen, dient ten aanzien van het zorginhoudelijke oordeel van de indicatiesteller duidelijk te zijn wanneer een 'second opinion' mogelijk is.

**Informatie en registratie**

De uitkomsten van de indicatiestelling dienen eenduidig, gestandaardiseerd en openbaar te worden vastgelegd, op zodanige wijze dat zij bruikbare informatie opleveren voor (de regionale organisaties van) patiënten/consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars/financiers,

kan worden verwezen naar het in mei jl. door de NRV uitgebrachte advies 'Standaardisatie in de gezondheidszorg'. Betrokkenen moeten er hun beleidsbepaling met betrekking tot de kwaliteit, de toegankelijkheid, de doelmatigheid en de organisatie van de zorg op kunnen baseren. De informatie die deze regionale systemen oplevert, wordt gebruikt bij de bepaling van het noodzakelijk volume van zorg, dit ten behoeve van het FOZ/JOZ. Hierdoor komt de zorgkloof - de kloof tussen geïndiceerde en gerealiseerde zorg - in beeld. De NRV adviseerde hierover eerder: zie het advies 'Functie FOZ' (april 1994).

Op dit moment wordt door het departement van VWS en partijen gewerkt aan een dergelijke structurele aanpak van de informatievoorziening ten behoeve van het FOZ.

**Beschouwing**

Het doel van het advies was consensus

te bereiken over een aantal cruciale zaken rondom de indicatiestelling. Dit advies schept een kader dat moet worden gezien als een basis voor verdere uitwerking in de praktijk. Het ging het advies te buiten een gedetailleerde invulling te geven aan bijvoorbeeld de beoordelingscriteria en de zorgtoewijzing en dergelijke. Wij zijn er echter van overtuigd dat partijen over dit soort zaken op regionaal niveau goed in staat zijn afspraken te maken. Indien partijen over deze basisvoorwaarden voor indicatiestelling geen overeenstemming kunnen bereiken, dient er een wettelijke regeling aanwezig te zijn.

We moeten ervoor waken dat op landelijk niveau te veel blauwdrukken worden verzonden voor zaken die op regionaal niveau sterk kunnen variëren en waaraan partijen zelf op regionaal niveau invulling kunnen geven. •

*mw dr Y.W. van Kemenade en  
drs P. Vos,*

respectievelijk beleidsmedewerker en algemeen secretaris bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid; beiden zijn betrokken geweest bij de adviesvoorbereiding

*mw J.M.G. Lanphen,*

huisarts en voorzitter van het hoofdbestuur der KNMG, voorzitter adviesvoorbereidingscommissie

**G E L E T T E R D**

*Th.P.G.M. de Vries, R.H. Henning en L. van Bortel (red). Farmacotherapie op maat.*

*Bunge, Utrecht 1995. ISBN 90-6348248-9. 104 blz. Prijs f 44,50.*

**D**IT BOEKJE heeft als uitgangspunt dat, indien tijdens het arts-patiëntcontact farmacotherapie wordt overwogen, steeds weer de vraag moet worden gesteld: Wie ga ik iets voorschrijven? Is dit een bejaarde, een kind, iemand met al bestaande morbiditeit, iemand die al medicatie heeft, etc.? Zo komt men tot farmacotherapie op maat, hetgeen bij 30%-50% der patiënten nodig zou zijn. In circa 50%-70% der gevallen kan dus standaardtherapie worden toegepast. Het zou wetenswaardig zijn of deze getallen slaan op de huisarts- dan wel op de internistische praktijk. Er zijn in de tekst van het boekje geen literatuurverwijzingen,

maar wel zijn zestig referenties aan het eind opgenomen. Bij de voorbereiding tot farmacotherapie op maat gaat het om keuzen: welk geneesmiddel, welke toedieningsvorm, welke dosering en welke duur van de therapie? Dit wordt behandeld in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 wordt het farmacotherapeutisch stappenplan besproken. Het diagnostisch deel met alle besliselementen, prior- en posteriorkansen ontbreekt hierbij. Dat verwacht men ook niet. Het probleem van de patiënt wordt gesteld en achtereenvolgens worden de therapeutische mogelijkheden geïnventariseerd, passend bij de klacht of aandoening van die speciale patiënt en vraagt men zich af of die patiënt geschikt is voor de standaardtherapie en zo niet, waarom niet? *Wie schrijf ik voor?* Bij het behandelen van een patiënt binnen het farmacotherapeutisch raam staan vier processen centraal: adsorptie, distributie,

metabolisme en excretie. Hierop wordt heel systematisch ingegaan. Een bespreking van risicogroepen en hun specifieke problemen komt aan de orde: zwangere en lacterende vrouwen, kinderen, bejaarden en mensen met gestoorde lever- en nierfunctie. Een beschrijving van het recept, met voor de patiënt nuttige informatie, instructies, waarschuwingen, vervolgsafspraken alsmede controle van de therapie sluit dit hoofdstuk af. In hoofdstuk 4 komt aan de hand van een tweetal casus heel systematisch het hele in theorie beschreven proces terug. Zoals de auteurs ook in hun inleiding zeggen: dit boekje is zeer geschikt voor studenten en docenten die respectievelijk op systematische wijze kennis kunnen nemen van en onderwijs willen geven in de basisbegrippen van de farmacotherapie. •

*E. van der Does*