

Kabinet verwacht veel

Wie het tegenwoordig over indicatiestelling heeft, stuit onherroepelijk op de begrippen *onafhankelijk*, *objectief* en *integraal*. Maar wat verstaan we eigenlijk hieronder? De recente kabinetsvoorstellen geven het veld ruimte om dit zelf in te vullen. En terecht, aldus de NRV; de verantwoordelijkheid van partijen moet niet in het gedrang komen. Wel wordt gepleit voor een wettelijke regeling wanneer het veld in gebreke blijft een behoorlijke indicatieprocedure van de grond te tillen.

Yvonne van Kemenade

IN DE 'UITWERKING van het regeerakkoord zorgverzekeringen en kostenbeheersing', grotendeels gebaseerd op het rapport 'Zuinig met Zorg', wordt ingegaan op het kabinetsstandpunt over de vormgeving van de indicatiestelling. De standpunten van het kabinet zijn in grote lijnen conform, of gaan zelfs verder dan het advies van de NRV en het CvZ van oktober 1994¹. Het kabinet stelt voor te streven naar een proces en methode van **onafhankelijke** indicatiestelling in de care-sector waarin **objectief** en **geïntegreerd** te werk wordt gegaan, hetgeen kan bijdragen aan beheersing van de kosten. In de visie van het kabinet is indicatiestelling onder andere een *instrument tot kostenbeheersing*. Overigens wordt in het bestuurlijk/wetgevingsprogramma gesteld dat onafhankelijke indicatiecommissies geen waarborg zijn voor een *terughoudend* indicatiebeleid. Verder stelt de minister, naar aanleiding van vragen van de vaste commissie voor VWS in haar brief van 20 maart 1995², dat moet worden gewaakt voor een verschuiving op financiële gronden van het tweede naar het eerste verzekeringscompartment: "Ten einde het risico te beperken dat indicatiestelling plaats zou vinden op

financiële gronden, dient de indicatiestelling in de AVBZ onafhankelijk te zijn van de verzekeraar. Daarmee wordt de kans op ongewenste substitutie zodanig beperkt dat de verschillende wijzen van financiering tussen de zorg van het tweede en het eerste compartiment aanvaardbaar wordt." Deze onafhankelijkheid van de verzekeraar is een nieuw standpunt van de minister. Mocht de verzekeraar niet betrokken worden bij de indicatiestelling, dan zal dit nog de nodige discussie opleveren. Dit vanwege de belangen die aan de indicatiestelling zijn verbonden. Zo speelt de indicatiestelling niet alleen een beslissende rol bij de toegang tot de zorg, maar ook bij de financiering via de ziektekostenverzekering. De verzekeraars wijzen immers de zorg toe en contracteren het zorgaanbod. Door de zorgverzekeraar tijdig bij de indicatiestelling te betrekken, worden problemen bij de zorgtoewijzing voorkomen. Bovendien wordt vermeden dat verzekeraars een 'eigen' indicatieprocedure voor financiering van de zorg gaan instellen. En uiteraard is ook de cliënt gebaat bij een soepel verloop van dit proces. Een nadere invulling van de onafhankelijke, objectieve indicatiestelling wordt door het kabinet niet gegeven. Er ligt dus momenteel een kans voor partijen om dit zelf vorm te geven. Daarbij moet worden opgepast dat

er niet teveel landelijk wordt geld en dichtgetimmerd, omdat verstarrend kan werken; de verantwoordelijkheid van partijen moet in het gedrang komen.

Begrippenkader

Op dit moment verloopt de indicatiestelling op zeer verschillende manieren. Voor de eenduidigheid en de bescherming van de betrokken partijen is het zinvol om in ieder geval af te spreken wat wordt verstaan onder onafhankelijkheid, objectiviteit en integratie, zoals verwoord in de kabinetsvoorstellen. In het advies van de NRV worden deze begrippen als volgt gedefinieerd:

● **Onafhankelijkheid** kan worden gedefinieerd als het niet afhankelijk van de financiële belangen van zorgaanbieder, financiers/zorgverzekeraar of van het subjectieve belang (of de behoeften) van de hulpvrager. Dit betekent dat de indicatiesteller weliswaar een instelling verbonden mag zijn, maar niet automatisch voor zijn of haar instelling indiceert. Essentieel is de deskundigheid van de indicatiesteller. De onafhankelijkheid van de zorgverzekeraars, zoals gesteld door de minister, zou geïnterpreteerd kunnen worden als onafhankelijk van de (economische) belangen. Een dergelijke zorginhoudelijke inbreng bij de indicatiestelling moet niet worden

Betere kopie niet mogelijk
Origineel is slecht

van indicatiestelling

onderschat. Verder moet, naast mogelijk afschuifgedrag van zorgverzekeraars van het ene verzekeringscompartiment naar het andere, ook aandacht worden gegeven aan mogelijk afschuifgedrag tussen zorgaanbieders. Door een (onafhankelijk) indicatieadvies bindend te maken, wordt het onmogelijk voor zorgaanbieders om cliënten zomaar te weigeren.

● De indicatiestelling dient de hulpvraag *integraal* te benaderen. Dit houdt in dat de hulpvraag in de relevante context wordt gezien. Met deze integrale benadering kan 'zorg op

Indicatiestelling moet aan vooraf vastgestelde kwaliteitseisen voldoen

maat' gerealiseerd worden. Dat klinkt simpel, maar blijkt in de praktijk nogal wat problemen met zich mee te brengen. Er moet bijvoorbeeld afstemming of consultatie plaatsvinden met instanties zoals de gemeente en de sociale werkvoorziening. De verschillende betrokkenen moeten bereid zijn hieraan mee te werken. Zo zullen de gemeenten zich moeten committeren aan het indicatieadvies, hetgeen wellicht in strijd is met de taakstelling binnen de WVG. Bovendien betekent integraal ook dat gemeenten bereid moeten zijn periodiek inzicht te geven in de mogelijkheden van de WVG-pot. Dat zou wel eens de nodige weer-

stand kunnen oproepen. Echter, zonder gemeente is integraal indiceren niet mogelijk!

● *Objectiviteit*, tenslotte, kan worden omschreven als het stellen van een indicatie op inzichtelijke, gestructureerde en zo mogelijk geprotocolleerde wijze. Er wordt een uniforme, vaste procedure gevolgd met welomschreven, eenduidige en vastgelegde criteria. De indicatiestelling moet toetsbaar en voor een ieder duidelijk zijn.

Indicatiestelling als beleidsinstrument

Indicatiestelling kan, naast de veelbeschreven noodzakelijk fase in het zorgproces (het vaststellen van de zorgbehoefte en de afstemming van de zorgvraag op het zorgaanbod; zie NRV-advies) ook worden gezien als een beleidsinstrument van de overheid, ter verdeling van de schaarste. In het NRV-advies wordt gesteld dat de indicatiestelling niet op voorhand mag worden beïnvloed door schaarste. Dit betekent dat de hulpbehoefte van de cliënt centraal moet staan. Deze hulpbehoefte zal worden vertaald in zorgfuncties, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen *de meest gewenste zorg* en een aantal *zorgalternatieven*. Bij de keuze voor de zorgalternatieven dient rekening te worden gehouden met de bestaande capaciteitstekorten in de regio. Echter, bij het vaststellen van de meest gewenste zorg dient op voorhand géén rekening gehouden te worden met de bestaande capaciteitstekorten. Op deze manier kan indicatiestelling beleidsrelevante informatie opleveren over dat wat nodig is aan zorg (vraag) en dat wat door de overheid ter beschikking wordt gesteld (aanbod). Daarmee wordt indicatiestelling een essentieel instrument voor het bepalen van de omvang van de *zorgkloof*.

Dat deze kloof bestaat, blijkt onder andere uit de jaarlijkse aanvaring tussen overheid en veld over het FOZ. Indicatiestelling is dus niet alleen een middel om op patiëtniveau te kunnen bepalen wat nodig is, dan wel een mogelijkheid om toegang tot de zorg te verkrijgen, het is ook een bron van kennis over de zorgbehoefte. Dat kan de zorgbehoefte in een regio zijn, maar ook die in het gehele land. Tevens kan indicatiestelling een belangrijk epidemiologisch instrument zijn. Het kan de grondslag vormen voor regionale informatiesystemen, die op hun beurt weer kunnen bijdragen aan de landelijke informatievoorziening.

Regionale Indicatie Centra

Het kabinet stelt voor de indicatiestelling te laten plaatsvinden in een onafhankelijk Regionaal Indicatie Centrum (RIC), ingesteld bij wet (AWBZ). In de ouderenzorg zouden bijvoorbeeld de huidige indicatiecommissies bejaardenoord en verpleeghuizen als RIC kunnen functioneren. In de verstandelijk gehandicaptenzorg ziet het kabinet die rol weggelegd voor de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD) en in de ggz voor de RIBW. Aangezien deze laatste twee instanties zelf zorg aanbieden, is het wel noodzakelijk een scheiding aan te brengen tussen de rol van zorgaanbieder en het functioneren als indicatiecentrum. Dit om de onafhankelijkheid te kunnen waarborgen.

Per regio zal er een RIC moeten komen waarbinnen subcommissies of subafdelingen naar de verschillende sectoren actief zijn. Zo'n subcommissie zal bestaan uit vertegenwoordigers van betrokken zorgaanbieders in de regio en bijvoorbeeld de gemeente (WVG) en sociale werkvoorziening en dergelijke. Het RIC dient een indicatieautoriteit te zijn voor de care-sector in de regio. De één lo-

> ket-gedachte komt tot zijn recht door alle aanvragen via het RIC binnen te laten komen. Het kabinet stelt echter dat het RIC instellingen wel een mandaat kan verlenen om de indicatiestelling zelf te verrichten. Deze mandatering betekent dat het RIC naast de indicatiestelling ook de indicatiebeoordeling onder daarbij aan te geven voorwaarden delegeert aan de indicatiesteller (zorgaanbieder/instelling), zodat beiden in een hand blijven. De meerwaarde van het RIC ligt in het beoordelen van de vraag naar complexe zorg en de vraag naar enkelvoudige, maar intensieve en langdurige zorg. Deze vormen van zorg zijn relatief kostbaar en er is substitutiewinst te behalen. Voor de enkelvoudige en kortdurende zorg kan als werkbaar mandateringscriterium een kostengrens per case aangehouden worden. Voor aanvragen die boven deze grens uitkomen, wordt de indicatie door het RIC gesteld, wat de onafhankelijkheid ten goede komt. Als de indicatiestelling aan vooraf vastgestelde kwaliteitseisen voldoet, zal de uit handen gegeven indicatiestelling toch redelijk uniform plaatsvinden.

De uiteindelijke zorgtoewijzing ziet het kabinet als rol voor de financier. Betrokkenheid van de verzekeraar bij het RIC, bijvoorbeeld in een toezicht houdende rol is, zoals eerder vermeld, zinvol. Uitgangspunt daarbij is dat het indicatieadvies bindend is. Zowel de zorgaanbieders als de verzekeraars dienen een indicatieadvies te volgen en uit te voeren. Bij dit laatste heeft de financier een verantwoordelijkheid. Deze heeft immers jegens de gendiceerde patiënt een inspanningsverbintenis die afhankelijk is van de spoedeisendheid ('medische indicatie op korte termijn'). Krachtens zijn contracten met de instelling kan hij deze ertoe houden de patiënt op te nemen, ondanks bezwaren van die kant.

Tenslotte is het wenselijk in de toekomst goede afspraken te maken tussen het RIC, de aanbieders, de financiers en de indicatiesteller(s) over de procedure, protocollen en indicatiecriteria etc. Tevens is het van belang dat alle belanghebbenden meehelpen

aan de vormgeving van het RIC, want zij spelen allen hierin een rol. Dit kan per regio worden ingevuld.

Wettelijke regeling

Om de indicatiestelling van de grond te krijgen en te laten voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen, zijn instrumenten nodig. In het NRV-advies wordt gepleit voor een wettelijke regeling, die ondersteuning kan bieden. Zo'n wettelijke voorziening (kaderwet) geeft de overheid de bevoegdheid een ministeriële regeling te treffen wanneer het veld in gebreke blijft. Bovendien wordt in globale termen vastgesteld wat in die rege-

Uitgangspunt is dat het indicatieadvies bindend is

ling kan worden opgenomen. Daarmee wordt ook een referentiekader geschapen voor de door het veld vast te stellen procedure.

Zo kunnen bijvoorbeeld de kwaliteitseisen en afspraken over de procedure tussen partijen in een dergelijke (kader)wet worden vastgelegd. Deze wettelijke regeling moet worden gezien als een ultimatum remedium waarop beroep kan worden gedaan, bijvoorbeeld als zorgaanbieders en RIC in gebreke blijven om een behoorlijke indicatieprocedure vast te stellen of als niet aan de kwaliteitseisen wordt voldaan. De kaderwet is alleen bedoeld wanneer partijen er zelf niet uitkomen. De verantwoordelijkheid van partijen moet niet de kop ingedrukt worden.

Een wettelijke regeling van de indicatiestelling zou ook nog een tweede doel kunnen dienen. Momenteel is de indicatiestelling geregeld in diverse wetten: zo wordt de indicatiestelling voor bepaalde voorzieningen voor

gehandicapten (zoals woningaanpassingen, vervoer en rolstoelen) in de WVG geregeld, maar voor andere, deels zelfs vergelijkbare, voorzieningen geldt bijvoorbeeld weer de AWBZ. Nu leggen deze twee wetten aan de uitvoerders (gemeenten, respectievelijk zorgverzekeraars) een ander regime op ten aanzien van de indicatiestelling. Dit leidt in de praktijk tot een 'eigen' indicatiestelling per wet, met verschillende indicatiecriteria en een aparte procedure. Dit brengt geïntegreerde zorg, zorg op maat en continuïteit van zorg, niet dichterbij. Het kan bovendien leiden tot een ondoelmatig gebruik van de voorzieningen. Ook de zorgtoewijzing vindt immers gescheiden plaats. Een centrale regeling voor de indicatiestelling voor alle soorten zorg (zoals bijvoorbeeld via een RIC), ongeacht de financieringsbron, zou hier integrerend kunnen werken.

De plannen zien er in grote lijnen mooi uit, maar moeten op een aantal punten nog nader worden uitgewerkt, zoals onder andere de vormgeving van het RIC. In een aantal sectoren is een dergelijke al instantie aanwezig, maar in de sectoren waar dat niet het geval is, moet een nieuwe instantie worden opgericht. Met name de afstemming met gemeenten (WVG) en de wettelijke taken die zij hebben, kan problemen opleveren in het kader van de integrale indicatiestelling. Sommige regio's kunnen hierbij een voorbeeldfunctie vervullen. Amsterdam is een goed voorbeeld waar die integrale benadering al plaatsvindt. Daar wordt, naast de thuiszorg, bejaardenoorden en verpleeghuizen, ook de gemeente (WVG) in de indicatiecommissies betrokken. In 6 regio's zijn indicatiebureau's die indiceren voor WVG-voorzieningen, thuiszorg, verpleging en verzorgingshuizen.

Dr. Y.W. van Kemenade is adviseur bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Daarnaast heeft zij een eigen onderzoeks- & adviesbureau in de gezondheidszorg.

1. Nationale Raad voor de Volksgezondheid en College voor ziekenhuisvoorzieningen, 'Indicatiestelling en zorg op maat'; Zoetermeer, 1994.

2. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kostenbeheersing in de zorgsector. 1994-1995, 24124, nr. 4.