

Van : mr. K. Mous en mr. drs. P.M.F. Boerrigter, advocaten Dirkzwager legal & tax  
Namens: : Medische Staf OCA  
Inzake : Autonomie revalidatieartsen  
Datum : 6 oktober 2021

---

**Samenvatting: grote zorgen om voorgenomen besluiten klankbordgroepen MSR**

Het Zorginstituut Nederland (ZIN) is in 2019 gestart met een duidingstraject over de te verzekeren prestatie medisch specialistische revalidatie (MSR) met als doel het ZIN standpunt MSR uit 2015 ('Standpunt MSR, zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden') te herzien. Er wordt input geleverd door klankbordgroep(en).

De verslagen van de klankbordgroep(en) laten zorgelijke ontwikkelingen zien. Wij signaleren het volgende:

- Revalidatieartsen dreigen hun autonomie te verliezen: er worden steeds strengere eisen gesteld aan (i) de diagnoses waarvoor MSR geïndiceerd mag worden, en (ii) de indicatiestelling. Als de huidige ontwikkelingen daadwerkelijk beleid worden, verliezen revalidatieartsen de ruimte die zij nu hebben om op basis van hun professionele kennis en ervaring te bepalen welke patiënten redelijkerwijs op MSR zijn aangewezen.
- De macht van medisch adviseurs van zorgverzekeraars dreigt toe te nemen: de autonomie en beslissingsbevoegdheid die revalidatieartsen verliezen, zal toevallen aan de medisch adviseurs van zorgverzekeraars. Zij zullen steeds nadrukkelijker kunnen bepalen of een patiënt wel of geen aanspraak kunnen maken op MSR. Dat betekent ook dat patiënten bij wie de revalidatiearts MSR zinvol acht, terwijl de medisch adviseur niet overtuigd is van de meerwaarde van MSR, mogelijk niet langer in behandeling kunnen worden genomen.
- De bureaucratie dreigt toe te nemen: de steeds gedetailleerdere en strengere eisen die gesteld gaan worden aan de diagnoses waarbij MSR kan worden ingezet en de indicatiestellingen van de revalidatieartsen zullen leiden tot forse administratieve lasten. Zo zullen revalidatieartsen (aan de hand van stukken uit de eerste lijn, die daar zullen moeten worden opgevraagd) moeten 'aantonen' dat sprake is van voldoende 'stepped care'. Dit zal ook ten koste gaan van de privacy van patiënten, omdat steeds meer vertrouwelijke informatie met de medisch adviseurs van zorgverzekeraars gedeeld zal moeten worden, óók huisartsendossiers en behandelverslagen uit de eerste lijn. De Privacy van patiënten (beroepsgeheim en AVG) zal geschonden worden.

## **Achtergrond**

Enige tijd geleden zijn één of meerdere klankbordgroepen gevormd met vertegenwoordigers van ZN, VRA, RN, de Patiëntenfederatie en het ZIN, waarin o.a. gesproken is over (a) de vraag welke specifieke diagnoses / indicaties MSR conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn en (b) de voorwaarden waaraan indicatiestellingen voor MSR moeten voldoen.

De klankbordgroepen lijken ertoe te neigen ten aanzien van beide onderwerpen ingrijpende wijzigingen door te voeren ten opzichte van de bestaande situatie. Zo blijkt uit diverse documenten dat er wordt gesproken over het opstellen van lijsten waarin per diagnose wordt vastgesteld of er met die betreffende diagnose een indicatie kán bestaan voor MSR (met andere woorden: of bij die diagnose MSR conform de stand van de wetenschap en praktijk kan zijn). Ook ten aanzien van de indicatiestelling lijkt te worden toegewerkt naar een door de revalidatieartsen uit te voeren integrale beoordeling bestaande uit een aantal verplichte componenten met transparante criteria. Deze componenten worden in het stuk 'Discussiestuk integrale beoordeling indicatie MSR-beoordeling' nogal dwingend genoemd en beschreven. Eén van deze componenten betreft 'stepped care'. Wij hebben begrepen dat in een nog bekend te maken document beschreven wordt dat revalidatieartsen in het vervolg *aantoonbaar* moeten maken dat aan het 'stepped care' beginsel is voldaan en dat daarvoor noodzakelijk zou zijn dat zij beschikken over adequate informatie van behandelaars in de eerste lijn over inhoud, intensiteit en effecten van de voorgaande behandelingen.

Meerdere revalidatieartsen hebben hun zorgen geuit over hetgeen zij gelezen hebben in (voorlopige) bevindingen en conclusies van deze klankbordgroep(en), nu deze op het eerste gezicht een grote impact lijken te hebben op de autonomie van revalidatieartsen.

Aan ons is gevraagd de implicaties van de (voorlopige) bevindingen en conclusies te duiden. Daartoe zullen wij allereerst uiteenzetten hoe op dit moment de 'stand van de wetenschap en praktijk' met betrekking tot MSR wordt beoordeeld en aan welke voorwaarden indicatiestellingen bij de huidige stand van zaken moeten voldoen. Vervolgens zullen wij toelichten wat – voor zover wij thans kunnen overzien – tot dusver de conclusies en bevindingen van de klankbordgroep(en) zijn en wat de implicaties daarvan zijn voor de bestaande situatie. Wij ronden af met een conclusie.

## **Huidige stand van zaken**

Verzekerden kunnen aanspraak maken op vergoeding van een bepaalde vorm van zorg (zoals MSR) als die vorm van zorg tot het verzekerde pakket behoort én als de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de betreffende vorm van zorg (het 'indicatievereiste'). Is aan één van deze voorwaarden niet voldaan dan hoeft de zorgverzekeraar deze zorg niet te vergoeden.

Zorgverzekeraars hebben er belang bij om (op een eenvoudige en objectieve wijze) te kunnen beoordelen of een vorm van zorg tot het verzekerde pakket behoort en of verzekerden daarop redelijkerwijs zijn aangewezen. De verslagen en documenten die wij hebben ingezien laten zien dat zorgverzekeraars op zoek zijn naar mogelijkheden om MSR (bij bepaalde diagnoses) niet langer te vergoeden. Dat proberen zij te doen door enerzijds de wetenschappelijke evidentie van (de meerwaarde van) MSR bij bepaalde diagnoses ter discussie te stellen en anderzijds door eisen te stellen aan de indicatiestellingen van revalidatieartsen, zodat controle en toetsing van gestelde indicaties mogelijk wordt gemaakt.

Op dit moment is het zo dat MSR – ondanks soms *beperkte* wetenschappelijke evidentie – bij veel diagnoses wordt geacht conform de stand van de wetenschap en praktijk te zijn.<sup>1</sup> Ten aanzien van de indicatiestelling geldt dat het op dit moment primair aan de *revalidatiearts* is om te bepalen of een patiënt redelijkerwijs op MSR is aangewezen. Dat betekent dat zorgverzekeraars in de huidige situatie beperkte mogelijkheden hebben om MSR-behandelingen van hun verzekerden niet te vergoeden (en aangevraagde machtigingen af te wijzen). Wij lichten dat hierna nader toe.

#### Stand van wetenschap en praktijk

Een bepaalde vorm van zorg (zoals MSR) behoort tot het verzekerde pakket als is voldaan aan twee vereisten<sup>2</sup>, namelijk:

- a) de vorm van zorg valt onder de reikwijdte van artikel 2.4 tot en met 2.15 Besluit zorgverzekering ('Bzv')<sup>3</sup> (het gaat hier om het 'plegen te bieden' criterium); en
- b) de vorm van zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk of geldt in het betrokken vakgebied als verantwoorde en adequate zorg<sup>4</sup>.

Artikel 2.1, tweede lid Bzv kadert het verzekerde pakket vervolgens verder in. In dit artikellid staat dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door *“de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten”*. Deze frase gecombineerd met de omschrijving van farmaceutische zorg waarop

---

<sup>1</sup> Op dit moment is het niet zo dat MSR alleen bij specifieke diagnoses kan worden toegepast. Er is sprake van een 'open systeem', waarbij dus géén sprake is van een (limitatieve) diagnoselijst. In het huidige rapport van het ZIN (Standpunt medisch-specialistische revalidatie) staat daarover in paragraaf 7.3.3.: “Een aantal partijen (ZN, NHG, NZa en de KNGF) geeft aan dat in het onderhavige rapport geen beoordeling is opgenomen van de effectiviteit (voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk) van de medisch-specialistische revalidatie. ZN werpt daarbij de vraag op of de open omschrijving ‘zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden’ wel toepasbaar is als de inclusiecriteria niet transparant zijn en alleen de revalidatiearts kan bepalen of een medisch-specialistisch revalidatietraject moet worden geboden. [...] *Hoewel die open omschrijving wellicht niet altijd als ideaal wordt ervaren, kleeft er aan een gesloten systeem van aanspraken ook een aantal nadelen. In het hiervoor genoemde rapport Pakketbeheer in de praktijk hebben wij deze nadelen opgesomd. Het gaat onder meer om een slechtere toegankelijkheid van de zorg, slechtere gezondheidsuitkomsten en het risico van bureaucrativering. Wij zijn in het hiervoor genoemde rapport tot de conclusie gekomen dat deze nadelen zwaarder wegen dan de eventuele voordelen.*” Wij verwijzen voor een nadere onderbouwing van de nadelen naar het rapport Pakketbeheer (deel 3), paragraaf 1.3.

<sup>2</sup> Artikel 11 lid 3 en 4 Zvw jo. artikel 2.1 Bzv.

<sup>3</sup> Artikel 2.1 lid 1 Bzv.

<sup>4</sup> Artikel 2.1 lid 2 Bzv.

aanspraak bestaat (conform artikel 2.8 Bzv) als zorg zoals apothekers die “plegen te bieden” wordt aangeduid als (een geactualiseerde versie van het) gebruikelijkheids criterium dat onder de Ziekenfondswet al bestond. Enkel op zorg, waaronder farmaceutische zorg, die voldoet aan dit gebruikelijkheids criterium bestaat aanspraak op grond van de Zvw.

In de toelichting op het Bzv wordt over dit gebruikelijkheids criterium opgemerkt dat de zorg die tot het verzekerde pakket behoort die zorg is die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Hierbij zijn zowel de stand van de wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters.<sup>5</sup> Het is niet bepalend hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt maar in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen.<sup>6</sup> Daarnaast blijkt uit de toelichting op artikel 2.1 van het Bzv dat de *internationale* stand van de wetenschap en praktijk maatgevend zijn én dat het verzekerde pakket niet beperkt is tot enkel evidence based medicine:

*“Het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen heeft zich in het arrest van 12 juli 2001 in de zaak C-151/99 (Smits en Peerbooms) uitgesproken over het Nederlandse gebruikelijkheids criterium. Het Hof stelde dat de voorwaarde van gebruikelijkheid alleen aanvaardbaar is indien deze verwijst naar hetgeen door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Het begrip <<stand der wetenschap>> kan immers slechts internationaal worden uitgelegd. Het criterium is verder ruimer dan het door het Hof gehanteerde criterium. In de eerste plaats is er aan toegevoegd <<en praktijk>>. Deze toevoeging is noodzakelijk omdat het pakket anders versmald zou zijn tot enkel evidence based medicine. Slechts een klein deel van het medisch arsenaal voldoet daaraan. Verder is er aan toegevoegd <<door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten>>. Deze toevoeging is noodzakelijk omdat deze bepaling thans betrekking heeft op alle zorgvormen en dus ook op de zorg en diensten die minder of geen wetenschappelijke status hebben of behoeven (...).”<sup>7</sup>*

[onderstrepingen toegevoegd]

Dat de stand van de wetenschap en praktijk uitsluitend internationaal mag worden uitgelegd is voorts bevestigd door het Hof Arnhem-Leeuwarden in een arrest van 25 juli 2017<sup>8</sup> en recenter ook door de Hoge Raad in een arrest van 30 maart 2018<sup>9</sup>, waarin de Hoge Raad overwoog:

*“Met het nieuwe criterium is tevens bedoeld te voldoen aan het (in verband met de vrijheid van diensten gegeven) oordeel van het HvJEU in zijn uitspraak van 12 juli 2001, ECLI:EU:C:2001:404, NJ 2002/3 (Smits en Peerbooms) dat ‘gebruikelijkheid’ alleen aanvaardbaar is als maatstaf indien daarmee wordt verwezen naar hetgeen door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Volgens de toelichting bij het Besluit zorgverzekering kan het*

<sup>5</sup> Toelichting Besluit zorgverzekering, Stb. 2005, 389, p. 35 e.v.

<sup>6</sup> Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 70. P. 28.

<sup>7</sup> Toelichting Besluit zorgverzekering, Stb. 2005, 389, p. 36.

<sup>8</sup> Hof Arnhem-Leeuwarden d.d. 25 juli 2017, ECLI:NL:GHARL:2017:8016, rov. 3.17 e.v.

<sup>9</sup> Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469, r.o. 4.2.4 e.v.

*begrip 'stand der wetenschap' "slechts internationaal worden uitgelegd". (Zie voor een en ander de Nota van toelichting bij het Besluit zorgverzekering, Stb. 2005, 389, p. 35/36)*

*Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' dient overeenkomstig het vorenstaande te worden verstaan."*

[onderstreping toegevoegd]

Het Zorginstituut Nederland (ZIN), de pakketbeheerder, is een op grond van de artikelen 58-60 Zvw ingestelde instantie en is belast met de *toetsing* van het verzekerde pakket. Het ZIN heeft nader uitgewerkt hoe moet worden vastgesteld of bepaalde zorg aan het gebruikelijkheids criterium voldoet, met andere woorden: wanneer zorg, zorg is zoals een bepaalde beroepsgroep die pleegt te bieden. In een rapport uit 2009 van het ZIN (indertijd nog: 'College voor Zorgverzekeringen') legt het ZIN dit criterium als volgt uit:

*"Plegen te bieden: term die de wetgever heeft gebruikt in de Zorgverzekeringswet om af te bakenen welke zorg tot de te verzekeren zorg behoort. Het CVZ legt dit uit als zorg die de beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt."*

Ook volgens het ZIN is het oordeel van de beroepsgroep dus bepalend voor het antwoord op de vraag of bepaalde zorg naar inhoud en omvang onder het verzekerde pakket valt. In de toelichting bij het Bzv wordt dit als volgt samengevat:

*"Staat eenmaal vast dat een vorm van onderzoek of behandeling gebruikelijk is, dan is daarmee het opgenomen zijn in het verzekeringspakket een gegeven."*<sup>10</sup>

Het ZIN kan standpunten publiceren en beoordelen of een bepaalde vorm van zorg voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. De adviezen en standpunten van het ZIN zijn evenwel *niet* bindend.<sup>11</sup>

Op grond van het voorgaande wordt in de jurisprudentie aangenomen dat MSR - bij diagnoses waarbij MSR volgens de richtlijnen en normen van de *beroepsgroep* geïndiceerd is - conform de stand van de wetenschap is, ondanks het ontbreken van hard wetenschappelijk bewijs van de meerwaarde van MSR bij die diagnoses.<sup>12</sup>

### Indicatie

De indicatiestelling is aan de orde gekomen in diverse procedures over het machtigingsvereiste. Dat een zorgverzekeraar een machtigingsvereiste mag hanteren volgt uit het bepaalde in artikel 14 lid 5 Zvw. Het doel van het machtigingsvereiste is om te voorkomen

---

<sup>10</sup> Kamerstukken II, 2004/05, 29 763, nr. 70, p 28.

<sup>11</sup> Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469, r.o. 4.2.5.

<sup>12</sup> Rechtbank Gelderland d.d. 19 december 2019, ECLI:NL:RBGEL:2019:5934 rov. 4.4, welke overweging in het arrest van het Hof Arnhem-Leeuwarden d.d. 16 juni 2020, ECLI:NL:GHARL:2020:4544 overeind is gebleven.

dat een verzekerde zorg ontvangt die later niet voor vergoeding in aanmerking blijkt te komen omdat de verzekerde niet 'aangewezen' blijkt te zijn op de betreffende zorg. Uit de wetsgeschiedenis bij artikel 14 Zvw volgt dat het bij een machtigingsaanvraag enkel en alleen gaat om een zogenaamde toets aan de voordeur. De wetgever heeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid gegeven om op basis van zorginhoudelijke criteria te toetsen of de verzekerde in algemene zin een bepaalde vorm van zorg (zoals MSR) nodig heeft. Hoe de behandeling vervolgens concreet wordt vormgegeven is een zaak van de revalidatiearts. Dat ligt ook besloten in de professionele autonomie van de behandelend (revalidatie)arts.<sup>13</sup>

Uit rechtspraak uit 2017 blijkt dat een machtigingsbeleid van een zorgverzekeraar, dat zodanig is vormgegeven dat feitelijk sprake is van een integrale herbeoordeling van de indicatiestelling door de behandelend revalidatiearts, niet in overeenstemming is met het hiervoor beschreven juridische kader. Verschillende rechters kwamen - kort samengevat - tot het oordeel dat de zorgverzekeraar de professionele autonomie van de revalidatiearts in acht moet nemen en niet op de stoel van de behandelend arts mag gaan zitten.<sup>14</sup> De achtergrond hiervan is dat de revalidatiearts bij uitstek de kennis en ervaring heeft om te beoordelen of en zo ja, op welk moment een specifieke patiënt in aanmerking komt voor een medisch specialistische revalidatiebehandeling. De revalidatiearts is ook degene die de patiënt fysiek beoordeelt. Een derde, zoals een medisch adviseur van een zorgverzekeraar, kan deze beoordeling per definitie slechts marginaal toetsen.

Voorname oordelen zijn nadien bevestigd en verder aangescherpt in twee arresten van het hof Arnhem-Leeuwarden d.d. 17 december 2019 en 16 juni 2020.<sup>15</sup> In beide procedures stond de vraag centraal hoe de medisch adviseurs van een zorgverzekeraar een machtigingsaanvraag dienen te beoordelen. In een arrest van 17 december 2019 oordeelde het hof in de kern als volgt:

*"Het hof stelt voorop dat het primaat bij de beoordeling van de vraag of een patiënt is aangewezen op een bepaalde behandeling (de 'indicatiestelling', in dit geval MSR) bij de revalidatiearts ligt. {...}. De indicatiestelling dient dan ook als uitgangspunt te worden genomen door Zilveren Kruis en Zilveren Kruis mag bij de beoordeling van de machtigingsaanvraag niet op de stoel van de arts gaan zitten."*

---

<sup>13</sup> "De vrijheid van oordeelsvorming van de arts om, zonder inmenging van derden, in de individuele arts-patiëntrelatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling en/of het verrichten van diagnostische en therapeutische interventies, waarbij inbegrepen het onderzoeken en het geven van raad met als doel de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt." KNMG Manifest 2007: 'Medische professionaliteit', pagina 10.

<sup>14</sup> Zie onder meer: Rechtbank Zeeland-West-Brabant d.d. 4 januari 2017, ECLI:NL:RBZWB:2017:12, Rechtbank Zeeland-West-Brabant d.d. 15 februari 2017, ECLI:NL:RBZWB:2017:917 en Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 25 juli 2017, ECLI:NL:GHARL:2017:8016.

<sup>15</sup> Hof Arnhem-Leeuwarden d.d. 17 december 2019, ECLI:NL:GHARL:2019:10906; en Hof Arnhem-Leeuwarden d.d. 16 juni 2020, ECLI:NL:GHARL:2020:4544.

In het arrest d.d. 16 juni 2020 stelde hetzelfde hof in rechtsoverweging (rov.) 5.7 opnieuw voorop dat het primaat van de indicatiestelling bij de revalidatiearts ligt. Dit betekent volgens het hof concreet dat de medisch adviseur van een zorgverzekeraar de indicatiestelling tot uitgangspunt moet nemen én dat de medisch adviseur bij zijn beoordeling *“niet zijn eigen opvatting in de plaats van die van de revalidatiearts”* mag stellen. Het hof benoemt daarbij dat de professionele inschatting van de revalidatiearts *“subjectieve elementen”* bevat en die inschatting nooit zwart-wit is. Het hof oordeelt daarom dat de zorgverzekeraar, bij verschil van inzicht (tussen revalidatiearts en medisch adviseur), *“niet eenvoudigweg kan volstaan met afwijzing van de aanvraag omdat volgens de medisch adviseur van VGZ geen sprake is van (bijvoorbeeld) voldoende complexiteit of toepassing van stepped care. Daarmee stelt VGZ de visie van haar medisch adviseur immers ten onrechte gelijk aan en boven die van de revalidatiearts”*. Indien de revalidatiearts in de aanvraag met een klinische redenering *“inzichtelijk en dus navolgbaar”* maakt welke overwegingen ten grondslag liggen aan de door hem gestelde MSR-indicatie dan heeft de medisch adviseur van die indicatie uit te gaan, aldus het hof. Afwijzing mag plaatsvinden als de aanvraag *“onnavolgbaar”* is, wat volgens het hof inhoudt dat *“een beschouwing ontbreekt waardoor de klinische redenering niet te volgen is”* (rov. 5.9, onderstrepingen adv.). Afwijzing is derhalve niet mogelijk als de medisch adviseur een aanvraag louter op basis van subjectieve argumenten onnavolgbaar vindt. Een medisch adviseur hoeft in de huidige situatie dus niet overtuigd te worden van de indicatie voor MSR.

Het hof oordeelt vervolgens in rov. 5.9 dat wanneer de medisch adviseur een machtigingsaanvraag in eerste instantie onvoldoende navolgbaar vindt - waarmee volgens het hof nadrukkelijk wordt bedoeld dat een beschouwing ontbreekt waardoor de klinische redenering niet te volgen is - de medisch adviseur *“de revalidatiearts [dient] uit te nodigen om mondeling (telefonisch/via face-time of skype o.i.d. (...)) een toelichting te geven op de volgens VGZ ontoereikende machtigingsaanvraag en haar/hem in staat te stellen de ontbrekende informatie te geven, waarbij [de medisch adviseur van de zorgverzekeraar] duidelijk dient te motiveren waarom de eerder verstrekte informatie niet voldeed.”* Alleen ingeval een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekeraar dan nog steeds niet navolgbaar is (wat dus betekent dat de klinische beschouwing feitelijk ontbreekt) mag hij de aanvraag, *“mits goed gemotiveerd”*, afwijzen. Met ‘goed’ bedoelt het hof *“objectief en transparant”*. Het hof is bovendien van oordeel dat de medisch adviseur van een zorgverzekeraar niet kan volstaan met een algemene verwijzing naar richtlijnen en/of beroepsnormen omdat dit *“het gevaar in zich bergt dat het een ‘technische’ en algemeen geformuleerde afwijzing wordt, terwijl [de revalidatiearts] juist is gebaat bij een objectieve en transparant gemotiveerde afwijzing van de patiënt in kwestie”*. Richtlijnen en beroepsnormen zijn volgens het hof wel *“zonder meer nodig als basis voor de beslissing maar kunnen zelfstandig een afwijzing niet dragen zonder nadere toelichting.”*

Ook het Hof Den Haag bevestigde in een zeer recente uitspraak van 17 augustus 2021 (ECLI:NL:GHDHA:2021:1605) dat de zorgverzekeraar bij het beoordelen van een

machtigingsaanvraag moet uitgaan van het oordeel van de arts. Ditmaal ging het niet om revalidatiezorg maar om GGZ-zorg. Het hof oordeelde daarover als volgt:

“Bij de beoordeling van de vraag of een patiënt is aangewezen op een bepaalde behandeling (de ‘indicatiestelling’, in dit geval de klinische behandeling van ernstige eetstoornissen) ligt het primaat bij de regiebehandelaar van HC. Voor dit oordeel weegt voor het hof zwaar de wijze waarop de regiebehandelaar tot indicatiestelling komt. Zoals door HC is toegelicht, toetst de regiebehandelaar bij de intake op basis van zijn specialistische deskundigheid of er inderdaad een indicatie is voor deze vorm van zorg, hetgeen op zich niet (dan wel onvoldoende gemotiveerd) is weersproken [...] Het is dus primair aan de regiebehandelaar om te beoordelen en in te schatten of een patiënt redelijkerwijs is aangewezen op een bepaalde behandeling.

Dit volgt ook uit de rapporten en richtlijnen waarnaar HC in dit verband heeft verwezen: [...] De indicatiestelling dient dan ook als uitgangspunt te worden genomen door de medisch adviseur van ZZ en hij mag bij de beoordeling van de machtigingsaanvraag niet zonder meer zijn eigen opvatting in de plaats van die van de regiebehandelaar stellen. Dit klemt te meer, omdat een indicatiestelling, zeker binnen de GGZ, veel subjectieve elementen bevat die afhankelijk zijn van de professionele inschatting van de regiebehandelaar. [...]

Er kan altijd verschil van inzicht bestaan tussen de regiebehandelaar en de medisch adviseur van ZZ c.g. de door ZZ ingeschakelde externe deskundige. Omdat het primaat bij de regiebehandelaar ligt, kan bij een verschil van inzicht door ZZ echter niet worden volstaan met afwijzing van de aanvraag enkel omdat volgens de medisch adviseur van ZZ geen sprake is van één of meer van de volgende factoren: (i) de patiënt is vastgelopen op meerdere levensgebieden (ii) de bijkomende psychiatrische klachten zijn voldoende ernstig (iii) er is sprake van (comorbide) somatische klachten en (iv) de eetstoornispathologie is voldoende ernstig. Met dit alles heeft ZZ de visie van haar medisch adviseur/externe deskundige immers ten onrechte gelijk aan en boven die van de regiebehandelaar gesteld. Wanneer de regiebehandelaar in de aanvraag met een klinische redenering inzichtelijk en dus navolgbaar maakt welke overwegingen ten grondslag liggen aan de door hem gestelde indicatie voor klinische opname, waarbij hij de relevante aspecten zoals bijvoorbeeld comorbide somatische klachten en/of het vastlopen op meerdere levensgebieden betreft, dan heeft ZZ van de juistheid van die indicatie uit te gaan.”

[onderstreping toegevoegd]

Ook de Hoge Raad heeft recentelijk in een arrest van 9 juli 2021 (ECLI:NL:HR:2021:1111) eens uitdrukking gegeven aan de primaatgedachte, namelijk bij toepassing van artikel 2.8 lid 4 Bzv:

“Bij de toepassing van art. 2.8 lid 4 Bzv is van belang dat het de voorschrijvende arts is die bepaalt of behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.<sup>5</sup> Dat geldt ook voor de sterkte en de dosering. Indien de voorschrijvende arts een (bij ministeriële regeling aangewezen maar) niet door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voorschrijft onder vermelding dat hij van oordeel is dat behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is, moet de apotheker de arts daarin volgen.<sup>6</sup> Het hiervoor weergeven stelsel biedt geen aanknopingspunt om te oordelen dat de zorgverzekeraar daarbij voorwaarden zou kunnen stellen die afbreuk doen aan de aanspraak van een verzekerde op een door de voorschrijvende arts noodzakelijk geacht geneesmiddel, bijvoorbeeld een voorwaarde die ertoe strekt dat de verzekerde, ondanks het oordeel



*van de voorschrijvende arts, eerst alleen het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel ter hand gesteld krijgt.*

*Aldus wordt gewaarborgd dat de verzekerde, binnen het stelsel van de Zvw, de farmaceutische zorg beschikbaar gesteld krijgt die hij op basis van zorginhoudelijke criteria nodig heeft.*

*5 Kamerstukken II 2003/04, 29200 XVI, nr. 160, p. 7-8. Vgl. ook Kamerstukken II, 2012/13, 29477, nr. 250 (motie Van Gerven).*

*6 Vgl. ook art. 5 lid 1, aanhef en onder a, Besluit Geneesmiddelenwet.”*

Opnieuw werd, daar waar het gaat om een evident *zorginhoudelijke* beoordeling, de nadruk gelegd op het primaat van de behandelend arts.

Gelet op genoemde jurisprudentie staat vast dat een zorgverzekeraar bij het beoordelen van machtigingsaanvragen moet uitgaan van de indicatie van de *revalidatiearts*. Dit geldt te meer nu een indicatie, zeker binnen de MSR, veel subjectieve elementen bevat die afhankelijk zijn van de professionele inschatting van de revalidatiearts, zoals ook blijkt uit de Nota indicatiestelling van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en brancheorganisatie Revalidatie Nederland (RN). Zo spelen cliëntgebonden factoren, de ernst van de psychische en lichamelijke klachten en het ‘stepped care’ beginsel<sup>16</sup> een belangrijke rol bij de vraag of een patiënt is aangewezen op MSR. Het is aan de revalidatiearts om te beoordelen en in te schatten of een patiënt, gelet op deze subjectieve factoren, redelijkerwijs is aangewezen op een bepaalde behandeling. ‘Stepped care’ wordt ook in diverse andere protocollen, richtlijnen en zorgstandaarden genoemd. In de Zorgstandaard Chronische Pijn uit 2017 wordt benadrukt dat het gaat om een stapsgewijze benadering van zorgzwaarte waarbij “*er niet noodzakelijkerwijs van uitgegaan [wordt] dat de niveaus elkaar op de van te voren vastgestelde wijze opvolgen*”<sup>17</sup>. Het instapniveau wordt volgens de Zorgstandaard “*bepaald op basis van initiële biopsychosociale diagnostiek en in overleg met de patiënt*”. Volgens de Zorgstandaard wordt de “*meest passende en meest effectieve behandeling gekozen op basis van een weging van diverse omstandigheden*”, waarbij genoemd worden<sup>18</sup>:

- de aard van de klachten: ernst van de pijn, mate van beperkingen en aanwezigheid van psychosociale problematiek;
- de mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving: ziekte-inzicht, gezondheidsvaardigheden, wensen/behoefte en sociale steun;
- ervaringen met eerdere behandelingen en het effect van die behandelingen.

Ook in het Behandelkader Chronische Pijn van de VRA wordt melding gemaakt van ‘stepped care’ (en ‘matched care’)<sup>19</sup>:

<sup>16</sup> Nota indicatiestelling (p. 4): “*De revalidatiearts werkt volgens de principes van stepped care en biedt of adviseert patiënten derhalve de meest doelmatige behandeling die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek.*”

<sup>17</sup> Zorgstandaard Chronische Pijn, pagina 16 en 18

<sup>18</sup> Zorgstandaard Chronische Pijn, pagina 18

<sup>19</sup> Behandelkader Chronische Pijn, pagina 8-9

*“De doelgroep betreft een brede groep patiënten met chronische pijn. Afhankelijk van de complexiteit van de problematiek kan zorg binnen de algemene MSR of interdisciplinaire MSR geïndiceerd zijn voor de patiënt om zijn doelen te bereiken. Hierbij wordt uitgegaan van het stepped care principe (Position Paper VRA) en matched care: de revalidatiearts biedt of adviseert de meest effectieve en doelmatige vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard, complexiteit en ernst van de problematiek en daaruit verwachte beloop (prognose). Bij de indicatiestelling houdt de revalidatiearts rekening met de beschikbare zorgketen in de regio (eerstelijns, anderhalvelijnspraktijken, ZBC en GGZ).”*

Juist omdat het primaat voor de indicatiestelling en de beoordeling op welke zorg een patiënt is aangewezen bij de revalidatiearts ligt, mogen de medisch adviseurs de indicatie van de revalidatiearts niet terzijde schuiven door de machtigingsaanvraag af te wijzen op basis van subjectieve criteria (zoals dat sprake zou zijn van onvoldoende ‘stepped care’). Daarmee zou immers de mening van de medisch adviseurs gelijkgesteld worden aan of zelfs méér waarde krijgen dan het professionele oordeel van de revalidatiearts zonder dat vast komt te staan dat het oordeel van de revalidatiearts naar objectieve maatstaven onjuist is. Weliswaar mag een zorgverzekeraar beoordelen of een machtigingsaanvraag navolgbaar is in die zin dat de aanvraag een klinische beschouwing van de behandelend arts bevat, maar als een klinische redenering niet ontbreekt en de aanvraag dus navolgbaar is mag de medisch adviseur van de zorgverzekeraar de machtigingsaanvraag niet afwijzen, ook niet als de medisch adviseur het ‘niet eens’ is met het professionele oordeel van de regiebehandelaar. Iedere andere uitleg zou immers inhouden dat niet het oordeel van de specialist (de revalidatiearts) maar dat van de medisch adviseur in feite steeds doorslaggevend zou zijn.

Uitsluitend wanneer een klinische redenering ontbreekt mag een zorgverzekeraar een machtigingsaanvraag afwijzen en ook in dat geval uitsluitend (dus als cumulatieve voorwaarde) wanneer hij die afwijzing *objectief* en *transparant* motiveert. De zorgverzekeraar moet in een dergelijk geval éérs contact opnemen met de revalidatiearts om te vragen *nadere* informatie te verstrekken en toe te lichten waarom de initiële machtigingsaanvraag (op onderdelen) niet navolgbaar is. Anders geformuleerd: een zorgverzekeraar moet een machtigingsaanvraag toewijzen als de machtigingsaanvraag op alle relevante onderdelen een onderbouwing van de revalidatiearts bevat. Ontbreekt op één of meerdere onderdelen een toelichting dan moet de zorgverzekeraar aangeven op welke onderdelen nog een klinische beschouwing ontbreekt en de revalidatiearts de gelegenheid bieden deze onderbouwing alsnog mondeling te geven. Pas als de onderbouwing daarna nog steeds ontbreekt mag de zorgverzekeraar een machtigingsaanvraag afwijzen wanneer hij die afwijzing objectief en transparant motiveert. Ontbreekt de onderbouwing niet maar is de zorgverzekeraar het simpelweg ‘niet eens’ met de onderbouwing van de arts dan mag hij vanwege de door de wetgever centraal gestelde primaatgedachte de machtigingsaanvraag niet afwijzen.

Ook de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) gaat ervan uit dat het bij het machtigingsvereiste gaat om een *beperkte* toets aan de voordeur waarbij het primaat van de revalidatiearts centraal staat. In een besluit naar aanleiding van een aantal handhavingsverzoeken van individuele patiënten heeft de AP geoordeeld dat een integrale herbeoordeling niet past bij het wettelijke systeem en zijn duidelijke beperkingen gesteld aan het stelselmatig opvragen van méér en méér informatie. In verreweg de meeste gevallen kan volgens de AP volstaan worden met het opvragen van de indicatie en eventueel een verwijsbrief. Het standaard en stelselmatig opvragen van méér informatie is volgens de AP in strijd met de AVG.

Uit het voorgaande volgt dat de wet en rechtspraak naadloos op elkaar aansluiten daar waar het gaat om het gebruik van het machtigingsvereiste door zorgverzekeraars. Zowel in de wetsgeschiedenis als in de jurisprudentie staat de primaatgedachte centraal. Zorgverzekeraars moeten bij het beoordelen van het machtigingsvereiste (dat draait om de indicatiestelling en dus om de vraag of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op een bepaalde vorm van zorg) uitgaan van het oordeel van de indicierend arts. Doet een zorgverzekeraar dat niet en schuift hij het oordeel van de indicierend arts terzijde, dan is dat jegens de patiënt én zorgaanbieder onrechtmatig.

### **Beoordeling ontwikkelingen in klankbordgroepen**

Zoals hiervoor is toegelicht, is het op dit moment zo dat de inzet van MSR conform de stand van de wetenschap en praktijk is bij alle diagnoses waarvoor in de praktijk consensus bestaat dat MSR bij die diagnoses kan worden toegepast, óók als een harde wetenschappelijke onderbouwing voor die consensus ontbreekt. Daarbij speelt een belangrijke rol dat de meerwaarde van een MSR-behandeling ten opzichte van behandelingen in de eerste lijn, gezien de aard en opzet van een MSR-behandeling, niet met dubbelblind gecontroleerd onderzoek aangetoond kán worden. Hierdoor zal er altijd twijfel opgeroepen kunnen worden over de kwaliteit van het geleverde bewijs, ondanks goede effectiviteit. Er zijn op dit moment dus veel verschillende diagnoses waarvoor een MSR-indicatie kan worden afgegeven. Het enkele feit dat de toepassing van MSR bij veel verschillende diagnoses conform de stand van de wetenschap en praktijk is betekent nog niet dat iedere patiënt met een bepaalde diagnose *aanspraak* kan maken op vergoeding van een MSR-behandeling. Daarvoor is het noodzakelijk dat een individuele patiënt, gelet op zijn gezondheidstoestand, ook redelijkerwijs op MSR is *aangewezen* (het indicatievereiste). Of dat het geval is wordt op dit moment bepaald door de revalidatiearts. Daarbij betreft de revalidatiearts niet alleen de ernst van de klachten van de patiënt, eventuele comorbiditeiten en overige gezondheidsaspecten, maar ook het beginsel van 'stepped care'. De revalidatiearts beoordeelt bij zijn indicatiestelling dus of (verdere) behandeling in de eerste lijn voor een bepaalde patiënt naar zijn professionele inschatting nog zinvol zal zijn. Is dat het geval, dan is de patiënt (nog) niet redelijkerwijs aangewezen op MSR en wordt de patiënt terugverwezen. Komt de revalidatiearts tot de conclusie dat MSR gelet op de gezondheidstoestand van de individuele patiënt wél is aangewezen en dat (verdere) behandeling in de eerste lijn geen zin heeft, dan stelt hij een MSR-indicatie.

De huidige ontwikkelingen in de klankbordgroep(en) lijken in de bovenstaande bestaande situatie verandering te gaan brengen. Wij zullen hierna ingaan op de belangrijkste bij ons bekende (voorlopige) conclusies en bevindingen van de klankbordgroep(en) en zullen eveneens toelichten wat de implicaties daarvan zijn voor de bestaande situatie.

#### Stand van wetenschap en praktijk

Uit diverse documenten blijkt dat de klankbordgroepen ernaar neigen om per indicatie/diagnose vast te stellen of er bij die diagnose een indicatie kán bestaan voor MSR. Anders gezegd: of de toepassing van MSR bij die diagnose conform de stand van de wetenschap en praktijk is. In dit kader lopen er diverse 'duidingstrajecten' waarbij gezocht wordt naar 'evidentie' voor de meerwaarde van MSR bij specifieke indicaties. Vanuit zorgverzekeraars wordt betoogd dat wanneer géén 'evidentie' kan worden gevonden voor meerwaarde er 'dus' geen sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voorgesteld wordt om voor behandelingen waarvan de evidentie nog niet wetenschappelijk is vastgesteld onderzoek te gaan doen. Blijkt dan niet van de benodigde evidentie dan zou de behandeling moeten worden aangemerkt als 'onverzekerde zorg', zo wordt voorgesteld. Wij missen in deze benadering de belangrijke rol die in wet- en regelgeving en zeker ook in jurisprudentie is weggelegd voor de *praktijk* die primair door de *beroepsgroep* wordt bepaald. Er lijkt sprake te zijn van een te beperkte focus op evidentie in wetenschappelijk opzicht, waarbij de praktijk uit het oog wordt verloren. Door deze focus dreigt het gevaar dat MSR alleen nog ingezet kan worden bij diagnoses waarbij de meerwaarde van MSR ten opzichte van behandelingen in de eerste lijn *bewezen* is. En dat terwijl op dit moment MSR ook kan worden ingezet bij indicaties wanneer ter zake van die indicaties een breed gedragen *consensus in de praktijk* bestaat over de meerwaarde van MSR. Revalidatieartsen zouden, als de voorstellen van de klankbordgroep(en) daadwerkelijk worden aangenomen, prijsgeven dat zij, mede aan de hand van de praktijk, uiteindelijk bepalen welke behandelingen tot het aanvaarde behandelarsenaal behoren, óók wanneer de meerwaarde niet via wetenschappelijk onderzoek is aangetoond. Dit zou een ongekend precedent scheppen. Niet alleen voor revalidatiebehandelingen maar ook voor overige vormen van zorg waarvoor op dit moment lastig aan de hand van hard wetenschappelijk bewijs kan worden *aangetoond* dat er een meerwaarde voor deze behandelingen bestaat. Niet moet worden onderschat dat het daarbij gaat om een grote groep behandelingen, zoals ook de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving in 2017 signaleerde (waarbij de Raad ook vraagtekens plaatste bij de 'illusie van evidence-based practice').<sup>20</sup> De beroepsgroep dient zich te realiseren dat behandelingen, waarvan zij (gezamenlijk) menen dat deze overduidelijk conform de stand van wetenschap en praktijk zijn, bij het aannemen van dit voorstel mogelijk niet meer voor vergoeding in aanmerking komen als het niet lukt om voldoende hard bewijs voor de meerwaarde van deze behandelingen te vinden.

---

<sup>20</sup> Rapport: 'Zonder context geen bewijs', Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017, vindplaats: <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs>

### Indicatiestelling

Niet alleen zullen er - als het aan de klankbordgroep(en) ligt - in de toekomst mogelijk minder diagnoses zijn waarvoor MSR kan worden ingezet maar óók zullen er veel strenge eisen worden gesteld aan de indicatiestellingen. Vooral nog wordt door de klankbordgroep(en) een integrale beoordeling voorgesteld betreffende de indicatiestelling voor interdisciplinaire MSR-behandelingen. Deze integrale beoordeling bestaat volgens de klankbordgroep(en) uit een aantal componenten. Het is aan de revalidatiearts om op basis van deze componenten een afweging te maken of er een indicatie bestaat voor MSR-behandeling op basis van transparante criteria, aldus de klankbordgroep(en). Dit lijkt ons op zichzelf correct en in overeenstemming met jurisprudentie. De indicatiestelling is multifactorieel.

Opvallend is wel dat de klankbordgroepen ertoe neigen de revalidatiearts ertoe te dwingen al deze componenten in hun indicatiestelling (en eventuele machtigingsaanvragen) dusdanig te beschrijven en transparant te maken dat een 'controle' door de zorgverzekeraar mogelijk wordt gemaakt. In het 'Discussiestuk integrale beoordeling indicatie MSR-beoordeling' worden, zoals hiervóór opgemerkt, diverse componenten nogal dwingend genoemd en beschreven. Eén van de betreffende componenten betreft 'stepped care'. Wij hebben begrepen dat in een nog bekend te maken document beschreven wordt dat alle stappen *aantoonbaar* moeten zijn doorlopen en dat 'adequate informatie' van de behandelaars over inhoud, intensiteit en effecten van de voorgaande behandelingen beschikbaar moet zijn voor een goede beoordeling door de revalidatiearts of er in de eerste lijn voldoende zorg verleend is en verdere eerstelijns behandeling niet zinvol is. Dat roept verschillende vragen op.

In de eerste plaats geldt dat de plicht, om aan de hand van 'adequate informatie' *aantoonbaar* te maken dat alle stappen doorlopen zijn, wat ons betreft voortkomt uit een verkeerde uitleg van het begrip 'stepped care'. In feite wordt gesuggereerd dat stepped care betekent dat éénst (alle) behandelingen in de eerste lijn geprobeerd moeten worden. Wanneer de verplichting bestaat om aan de hand van allerlei informatie uit de eerste lijn inzichtelijk te maken welke stappen doorlopen zijn, wat precies gedaan is in de eerste lijn en wat de resultaten waren, worden medisch adviseurs in feite uitgenodigd daarover een mening te vormen waarbij de norm al snel zal worden dat eerst alle opties in de eerste lijn voldoende geprobeerd moeten zijn. Op dit moment is dat niet vereist, zolang de revalidatiearts maar uitlegt waarom hij een behandeling in de eerste lijn niet *aangewezen* acht. Daarmee lijken medisch adviseurs moeite te hebben. Het gaat hier immers om een subjectieve *inschatting* van de revalidatiearts die voor hen per definitie moeilijk toetsbaar is. Daar gaat, in onze optiek, de verplichting voor revalidatieartsen om het eigen professionele oordeel te 'onderbouwen' aan de hand van allerlei gegevens uit de eerste lijn geen verandering in brengen. Ook dán blijft het immers zo dat de revalidatieartsen, op basis van al deze beschikbare informatie, tot een *subjectieve inschatting* komen ten aanzien van de vraag of MSR wel of niet is aangewezen. Bovendien kan de eis om stepped care te 'onderbouwen' aan de hand van allerlei documenten door zorgverzekeraars al snel zo worden opgevat als een 'afvinklijst'. Wanneer een bepaalde

behandeling in de eerste lijn nog niet is geprobeerd of wanneer daarvan geen informatie kan worden overgelegd, zou MSR dan niet kunnen worden gestart. In feite geven de revalidatieartsen daarmee de mogelijkheid op om op basis van een *eigen* inschatting te kiezen voor MSR in de situatie dat in de eerste lijn nog niet alle behandelmogelijkheden geprobeerd zijn maar de revalidatiearts inschat dat die behandelmogelijkheden geen effect zullen hebben. De indicatiestelling verwordt dan tot kookboekgeneeskunde waarbij aan de hand van lijstjes 'afgevinkt' wordt of voldaan wordt aan alle voorwaarden voor het kunnen starten van een MSR-traject. Ook op dit vlak wordt de professionele autonomie van de revalidatiearts dan geweld aangedaan.

Mede gelet op eerder door de AP ingenomen standpunten lijkt het ons bovendien twijfelachtig of revalidatieartsen informatie uit de eerste lijn überhaupt mogen delen met zorgverzekeraars. Zoals opgemerkt is de AP van oordeel dat in het kader van het machtigingsvereiste in beginsel volstaan kan worden met het overleggen van de verwijzing en de indicatie. Het verstrekken van allerlei achtergrondinformatie is in beginsel niet toegestaan omdat zulks strijdig is met de AVG. Revalidatieartsen en revalidatiecentra doen er niet verstandig aan om dergelijke informatie zomaar te delen met zorgverzekeraars.

Al met al wekken de eisen uit het 'Discussiestuk integrale beoordeling indicatie MSR-beoordeling' de indruk dat geprobeerd wordt de indicatiestellingen van revalidatieartsen te 'objectiveren' om zo controle door de zorgverzekeraars mogelijk te maken. Het is echter maar zeer de vraag of het dwingend beschrijven van allerlei componenten die in de indicatiestelling naar voren moeten komen controle door zorgverzekeraars bevordert. Er zal immers altijd een verschil van inzicht kunnen bestaan tussen (de interpretatie van één van de beschreven componenten door) de revalidatiearts en de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Op dit moment is het zo dat het oordeel van de revalidatiearts bij een dergelijk verschil van inzicht prevaleert. In onze optiek is dat terecht, aangezien het de revalidatiearts is die de patiënt ziet en spreekt en die bij uitstek de kennis en ervaring heeft om te beoordelen op welke zorg een patiënt is aangewezen. Juist wanneer de verschillende componenten te strikt worden beschreven, wordt wellicht ten onrechte de indruk gewekt dat zorgverzekeraars indicatiestellingen eigenstandig mogen / kunnen toetsten, terwijl dat (op dit moment) niet het geval is.

Hoewel het begrijpelijk is dat de beroepsgroep zoekt naar houvast, is het de vraag of het verstandig is om dat houvast te zoeken in het stellen van steeds strengere eisen aan de indicatiestellingen. Juist wanneer zorgverzekeraars uit zouden gaan van de professionele integriteit en deskundigheid van de revalidatieartsen en er ruimte is voor een oprechte dialoog zou het steeds strikter beschrijven van voorwaarden waaraan indicatiestellingen moeten voldoen niet nodig moeten zijn. Nogmaals benadrukken wij dat *juist* het opnemen van allerlei strenge eisen kan zorgen voor nóg meer discussie en onzekerheid over de indicatiestellingen omdat er altijd interpretatieverschillen kunnen (blijven) ontstaan. De discussie wordt dan

verlegd van een algemeen niveau (heeft de revalidatiearts in redelijkheid tot zijn oordeel kunnen komen, op welke vraag het antwoord doorgaans ja is) naar een detailniveau (is voldoende door de revalidatiearts *aangetoond* dat aan voorwaarde x, y of z is voldaan). Dat lijkt ons voor de beroepsgroep, maar óók voor de zorgverzekeraars, geen wenselijke situatie.

### **Conclusie**

De ontwikkeling die wij zien in de klankbordgroep(en) is wat ons betreft zorgelijk te noemen. Wij hebben sterk de indruk dat vanuit zorgverzekeraars geprobeerd wordt om via de klankbordgroep(en) alsnog voor elkaar te krijgen waar in de eerder beschreven rechtsspraak juist een stokje voor gestoken is: terrein winnen *ten behoeve van* de medisch adviseur en *ten koste van* de behandelend revalidatiearts. Dat zou onomkeerbare gevolgen kunnen hebben voor de *hele* sector.

In de praktijk zien wij al langere tijd dat de kennis en kunde van revalidatieartsen (maar ook van bijvoorbeeld regiebehandelaars in de GGZ) wordt ondermijnd door de medisch adviseurs van zorgverzekeraars. De door revalidatieartsen gestelde indicaties worden in de praktijk via het machtigingsbeleid structureel en veelvuldig ter discussie gesteld door de medisch adviseurs. Revalidatieartsen die werkzaam zijn in gecontracteerde instellingen hebben - voor zover ons bekend - nog slechts beperkt last gehad van deze vorm van controle. In de toekomst kan deze vorm van controle zich evenwel ook uitstrekken tot gecontracteerde instellingen, namelijk in de vorm van materiële controles. Het onrechtmatige gebruik van het machtigingsvereiste is naar ons oordeel een zorgelijke ontwikkeling. Het raakt aan de professionele autonomie van de (revalidatie)arts. Nu zijn het de indicatiestellingen van revalidatieartsen, maar als deze trend doorzet sluiten wij niet uit dat in de toekomst ook indicaties van andere medisch specialisten onder hetzelfde vergrootglas komen te liggen. Dat brengt volgens ons een reëel en serieus risico met zich dat verder afbreuk wordt gedaan aan de professionele autonomie van (revalidatie)artsen.

Wij hebben in dit memo diverse kanttekeningen geplaatst bij de gesignaleerde ontwikkelingen. In de kern komen die kanttekeningen erop neer dat er wat ons betreft op dit moment te veel nadruk ligt op *wantrouwen* in de professionaliteit en deskundigheid van revalidatieartsen in plaats van (wederzijds) *vertrouwen*. Vanuit dit wantrouwen wordt geprobeerd aan alle kanten 'dicht te timmeren' wat niet dichtgetimmerd kán en hoeft te worden. Revalidatieartsen zijn in het verleden prima in staat gebleken indicaties te stellen. Dat de kosteneffectiviteit van MSR ten opzichte van behandelingen in de eerste lijn nu tegen het licht wordt gehouden, lijkt ons geen verkeerde ontwikkeling. Dit zou echter wat ons betreft niet ten koste moeten gaan van de professionele autonomie van de revalidatieartsen, zoals nu wel lijkt te gebeuren.