

Aan: Zorginstituut
T.a.v. mr. B. Blekkenhorst-Vis

Datum

12 september 2025

Onderwerp

Reactie van Revalidatie Nederland op
het concept-standpunt ZIN "IMSR bij
patiënten met chronische pijn"

Kenmerk

2507 MKL/JL

Geachte mevrouw Blekkenhorst,

Hartelijk dank voor het toesturen van het concept-standpunt *IMSR bij patiënten met chronische pijn* en hartelijk dank voor de mogelijkheid om hierop formeel te reageren. Als branchevereniging en vertegenwoordiger van bijna alle aanbieders van IMSR maken we hiervan graag gebruik.

Onze reactie valt in drie delen uiteen. Allereerst zullen wij twee fundamentele, principiële bezwaren tegen uw standpunt inbrengen. Vervolgens gaan we in op de cijfers en de financiële impact van uw voorstel. Hiermee voldoen we aan uw aanvullende verzoek bij de consultatie. Ten slotte zullen wij meer in detail ingaan op de praktische voorstellen die u doet. Voor we dit doen, hechten we eraan onze visie op IMSR bij chronische pijn met u te delen.

De visie van Revalidatie Nederland op IMSR bij chronische pijn

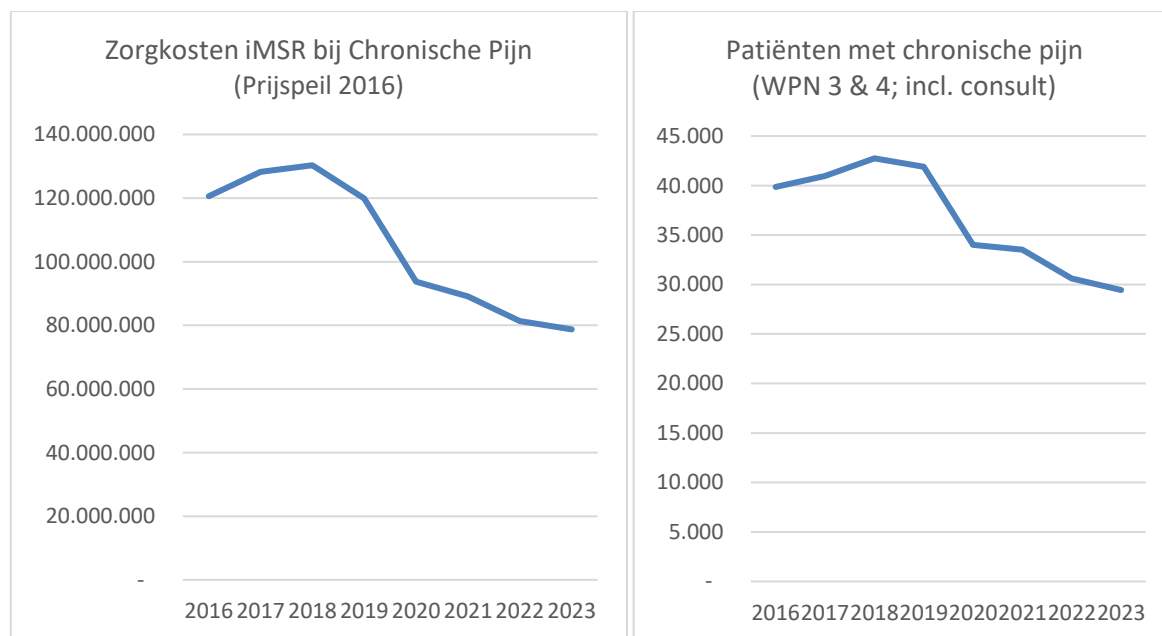
Revalidatie Nederland is voorstander van passende zorg. Voor ons betekent dat efficiënte zorg, van goede kwaliteit, tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten en zo dicht mogelijk bij de patiënt. Het betekent voor ons ook dat mensen met pijnklachten de zorg krijgen die hen verder helpt in hun leven. Voor een klein aantal van hen is een IMSR-programma de beste behandeling.

Onze leden bieden IMSR bij chronische pijn volgens de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep. Zij volgen daarmee uw aanbevelingen uit 2022: "Zowel de multidisciplinair ontwikkelde zorgstandaard Chronische pijn, als de position paper van de beroepsgroep geven een duidelijke plek voor IMSR aan als onderdeel van de stepped-care behandeling van chronische pijn. De patiëntenpopulatie die in aanmerking komt voor IMSR is hierin omschreven en afgebakend van de patiënten die in een eerdere lijn behandeld kunnen/moeten worden." Waarna u vervolgt dat "de zorgstandaard voldoende borgt dat IMSR alleen wordt ingezet bij die patiënten met complexe samenhangende problematiek, die niet uitkomen met mono- of multidisciplinaire zorg in de eerste of anderhalve lijn."¹

¹ Zorginstituut Nederland, *Standpunt Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie bij patiënten met chronische pijn*, 9 oktober 2022, pp. 24 en 25.

Data bevestigen de terughoudendheid van revalidatieartsen. Van de drie miljoen patiënten met chronische pijn, bezoekt minder dan 1% de revalidatiearts; en nog niet de helft van deze 1% wordt op basis van de ernst of voorgeschiedenis geïndiceerd voor iMSR. De terughoudend zien we ook terug in de dalende trends van de afgelopen jaren (zie hieronder grafiek 1 en 2²). In lijn met de constatering van het Zorginstituut is het aantal zorgtrajecten, de zorgkosten van iMSR bij chronische pijn en de zorgkosten per patiënt fors gedaald.

Wij zien in iMSR een essentieel onderdeel in het continuüm van zorg voor mensen met chronische pijn. Terecht stelt u in uw concept-standpunt dat alle veldpartijen deze conclusie delen: geen andere partij kan deze zorg leveren. Op basis van bovenstaande cijfers concluderen wij dat er geen sprake is van een groeimodel of van aanzuigende werking. Revalidatieartsen indiceren enkel iMSR bij chronische pijn wanneer dit de aangewezen vorm van zorg is. Ten slotte concluderen wij op pagina 5 van deze reactie dat er bewijs is voor het effect van iMSR bij chronische pijn en dat dit bewijs jaarlijks sterker wordt. Met respect voor uw rol en functie in het zorgstelsel roept dit bij ons de vraag op, waarom er zo'n kostbare exercitie is opgezet voor juist dit onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg.



1. Principiële bezwaren

Geen tweedeling van patiëntgroepen in 'stepped care' en 'last resort'

In uw concept-standpunt splitst u de populatie van patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek op in twee groepen:

- (1) patiënten die direct toegang hebben tot iMSR zonder een volledig traject in de eerstelijns te hebben doorlopen, en

² Cijfers op basis van Vektis-cijfers, zie voor details [Brancherapport Revalidatie - Revalidatie.nl](https://www.revalidatie.nl/brancherapport-revalidatie).

- (2) patiënten die zonder succes stepped care hebben doorlopen voor ze in de iMSR worden behandeld (in uw bewoording “last resort patiënten”).

U stelt dat “partijen hebben aangegeven dat de nadruk zou moeten liggen op de groep patiënten die al een volledig traject in de eerste lijn hebben doorlopen -zonder succes.”³ Dit verbaast ons. Wij kunnen ons principieel niet vinden in deze tweedeling. Of een patiënt met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek voor iMSR in aanmerking komt, hangt niet louter af van zijn voorgeschiedenis. Er kunnen redenen zijn waarom een patiënt en zijn verwijzer of poortspecialist besluiten dat het niet juist is om alle stappen te doorlopen voor de patiënt met een iMSR-behandeling kan beginnen. Zoals het Zorginstituut in zijn standpunt van 2022 aangeeft: “Bij het opstellen van het behandelplan wordt gebruik gemaakt van stepped care, wat betekent dat wanneer een bepaalde behandelstap onvoldoende effect heeft, besloten kan worden over te stappen naar de volgende behandelstap met een grotere zorgzwaarte. Het instapniveau wordt bepaald op basis van initiële biopsychosociale diagnostiek en in overleg met de patiënt, ook wel matched care genoemd (dit betekent ook dat het niet noodzakelijk is vanaf stap 1 te beginnen).”⁴ In veel gevallen zal de revalidatiearts een eenvoudiger behandeling afwachten of terugverwijzen naar de huisarts. Maar het kan ook voorkomen dat de revalidatiearts oordeelt dat eerstelijnszorg naar verwachting niets brengt of zelfs contraproductief is. Zoals het Zorginstituut terecht stelt: “De revalidatiearts is in beginsel verantwoordelijk om te beoordelen in hoeverre de patiënt voldoende is behandeld in de eerste lijn, dus of voldoende invulling gegeven aan de voorgaande stappen in het stepped care-model. Dit is onderdeel van de integrale beoordeling door de revalidatiearts van de indicatiestelling voor iMSR-behandeling.”⁵ Het onderscheid tussen matched care en stepped care is derhalve een kunstmatige en geen weergave van de praktijk van de revalidatiearts.

Het criterium dat iedere patiënt een volledig traject in de eerste lijn moet hebben doorlopen voor hij tot uw zogenaamde ‘last-resort-groep’ toetreedt, vinden wij om de volgende redenen principieel onjuist:

1. U gaat hiermee in tegen de Zorgstandaard Chronische Pijn en de Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie die voorschrijven dat het instapniveau wordt bepaald op basis van initiële biopsychosociale diagnostiek en in overleg met de patiënt. Wanneer een revalidatiearts deze zorgstandaard en deze richtlijn zou negeren en wanneer hij een eerstelijns traject start wetende dat iMSR aangewezen is, dan handelt hij niet patiëntgericht en maakt hij onnodige zorgkosten.
2. Het is aan de arts of verwijzer om te bepalen of de behandelmogelijkheden voldoende zijn benut. De eis dat een patiënt eerst een volledige sessie in de eerste lijn moet hebben ondergaan, miskent de wettelijke bevoegdheid en de medisch-inhoudelijke expertise van de arts. De revalidatiearts is een “poortspecialist” die kan en mag bepalen welke vervolgzorg nodig is.

³ Zorginstituut, Concept-standpunt iMSR bij chronische pijn (2025), 7.

⁴ Zorginstituut, Standpunt Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie bij patiënten met chronische pijn (2022), 13-4.

⁵ Zorginstituut, Standpunt medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden (2023), 72.

3. Uw tweedeling brengt de toegankelijkheid van de zorg in gevaar. Een grote groep patiënten heeft geen aanvullende verzekering of de financiële mogelijkheden om een volledig eerstelijns traject te volgen. In uw redenering zou deze groep nooit voor iMSR bij chronische pijn in aanmerking komen.
4. Bij de totstandkoming van het standpunt 2023 werd duidelijk dat het Zorginstituut niet de bevoegdheid heeft om voor te schrijven *hoe* de zorg wordt georganiseerd. De 'handleiding voor de integrale beoordeling door de revalidatiearts van de indicatiestelling voor iMSR' (H6 en bijlage C van dat standpunt) vormde daarom geen voorschrijvend onderdeel van het standpunt, maar een suggestie voor de veldpartijen.⁶ Door in de herziening van het standpunt chronische pijn een oneigenlijke tweedeling aan te brengen, lijkt het erop of u alsnog de manier van indiceren aan de revalidatiearts wil voorschrijven. Net als in 2023 behoort dit niet tot de bevoegdheid van het Zorginstituut.

Bovenstaande betekent niet dat Revalidatie Nederland vindt dat behandeling in de eerstelijns lichtvaardig overgeslagen kan worden. Integendeel, revalidatieartsen van onze leden kijken *altijd* naar de voorgeschiedenis van de patiënt; en in de overgrote meerderheid van de gevallen wachten zij eerst het effect van een behandeling in de eerste lijn af. In uitzonderingsgevallen hebben zij echter de mogelijkheid om zonder volledige behandeling in de eerstelijns een iMSR-behandeling te starten. Wij vinden principieel dat deze vorm van matched care met de revalidatiearts in de lead, de enige juiste manier van indiceren is.

Fundamentele bezwaren tegen uw interpretatie van de stand van de wetenschap en praktijk

In uw concept-standpunt stelt u dat er bij patiënten die nog geen volledig traject in de eerste lijn hebben doorlopen onvoldoende bewijs is dat een iMSR-behandeling meer effect heeft dan behandeling in de eerstelijns. Vervolgens stelt u dat er wel enig bewijs is dat bij patiënten die een traject in de eerstelijns hebben doorlopen een iMSR-behandeling meer effect heeft dan niets doen. Wij vinden uw redenering onjuist en kunnen ons om de volgende redenen niet vinden in uw conclusies.

1. Zoals hierboven betoogd is het oneigenlijk om onderscheid te maken tussen patiënten die wel en die niet een volledig eerstelijns traject hebben doorlopen.
2. Het Zorginstituut is op zoek naar *relatieve* effectiviteit. Dit betekent dat het Zorginstituut heeft gezocht naar onderzoeken waaruit blijkt dat een iMSR-behandeling *bij dezelfde groep patiënten* meer effect heeft dan een behandeling in de eerste lijn. Die onderzoeken zijn er niet, omdat in iMSR en eerstelijns verschillende patiëntengroepen met eigen karakteristieken worden behandeld. Het gaat om onvergelykbare patiëntgroepen, waardoor een onderzoek naar relatieve effectiviteit niet kan worden uitgevoerd. Dientengevolge zijn die onderzoeken er niet. Het Zorginstituut trekt op basis van die ontbrekende onderzoeken echter de conclusie dat er daarom geen bewijs is dat iMSR meer effect heeft dan een behandeling in de eerste lijn. Dit is een drogreden. De grond voor de drogreden van het ZIN ligt in de formulering van de PICO. In de voorbereiding van de duiding van 2022 en opnieuw bij de herziening van deze duiding heeft de VRA

⁶ Zie Standpunt medisch-specialistische revalidatie (2023), noot 24: "Omdat op dit gebied het Zorginstituut geen wettelijke taak heeft..."

aangegeven dat de formulering van de PICO niet klopt. Eerstelijnspatiënten kunnen simpelweg niet dienen als controlegroep, omdat deze patiënten niet vergelijkbaar zijn met de patiënten die geïndiceerd worden voor tweedelijns zorg.

3. Daar komt bij dat iMSR zich lastig in de mallen en in de gebruikelijke werkwijze van het ZIN laat duwen. Normaliter beziet het ZIN het effect van een specifieke interventie. In dit geval beschouwt het ZIN 'de' iMSR als één interventie. Zoals de VRA aangeeft -geciteerd in uw concept-standpunt- leent de revalidatiegeneeskunde zich door het specifieke karakter van haar specialisme niet goed voor de gebruikelijke systematiek van bewijsvoering: "Beoordeling van revalidatiegeneeskundig onderzoek middels de GRADE methodiek leidt vrijwel standaard tot een afwaardering van de kwaliteit van bewijs met drie niveaus vanwege de complexiteit van de patiëntenpopulatie, variëteit van de interventies, onmogelijkheid om blinding van patiënt en behandelaar toe te passen, heterogeniteit van de uitkomstmaten en het lage aantal geïnccludeerde patiënten. Als de GRADE beoordeling uitkomt op 'zeer laag', is het de vraag of dit ligt aan de gebruikte methode of aan de effectiviteit van de interventie."

Het Zorginstituut geeft aan dat er wél bewijs is voor effect van iMSR bij chronische pijn (o.a. Breugelmans 2022), temeer daar Smeets (2006) aantoont dat er zonder interventie geen vooruitgang is bij deze groep patiënten. Met verwijzing naar de argumentatie van de beroepsgroep VRA, vinden wij dat het ZIN de conclusie moet trekken dat iMSR bij chronische pijn voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

2. Impact en cijfers

Refererend aan "Vektis declaratiedata 2023" stelt het Zorginstituut dat er circa 20.700 mensen in aanmerking komen voor iMSR bij chronische pijn. Vervolgens gaat het Zorginstituut ervan uit dat de helft van deze groep behandeld wordt zonder voorafgaande volledige behandeling in de eerstelijns. Ten derde stelt het ZIN dat de gemiddelde zorgkosten van een iMSR-behandeling bij chronische pijn € 3.680 bedragen. Hierop redeneert het ZIN dat uitvoering van haar standpunt naar schatting een besparing van € 38.088.000 zal opleveren ($20.700 * 50\% * € 3.680$).

Zowel op de cijfers als op de redenering is veel aan te merken.

1. In een sector waar de belangen groot zijn, is het gevaarlijk om absolute getallen te noemen, zeker wanneer het schattingen of aannames betreft en zeker wanneer het onnavolgbaar is hoe het ZIN tot deze cijfers is gekomen. Enkel navolgbare, beargumenteerde en gevalideerde cijfers en percentages verdienen een plek in het definitieve standpunt.
2. Revalidatie Nederland besteedt veel tijd en geld aan de juiste cijfers. De basis hiervoor vormen dezelfde declaratiedata van Vektis. Deze data zijn niet eenduidig, maar tot onze spijt heeft Zorgverzekeraars Nederland meermalen geweigerd om deze data in gezamenlijkheid te analyseren. Wij gaan graag met u in gesprek om overeenstemming te bereiken over de data. Als voorschot op deze dialoog delen wij onze eigen interpretatie en voorlopige conclusies:

- In 2023 hebben 29.444 behandeltrajecten plaatsgevonden voor patiënten die vallen onder WPN3 of WPN4. In 27.391 gevallen betrof het volwassen patiënten. Het betrof hier zowel patiënten die op consult zijn gekomen als patiënten bij wie een iMSR-traject is gestart. Op basis van de declaratiedata is niet uit te maken hoeveel WPN3 en -4-patiënten in 2023 daadwerkelijk een iMSR-behandeling hebben ondergaan en hoeveel enkel op consult zijn gekomen. Op basis van lokale ervaringen schatten wij dat er tussen de 13.000 en 15.000 iMSR-behandelingen zijn gestart.
 - In 2023 is een bedrag van € 99.349.177 gedeclareerd voor MSR bij chronische pijn. Dit betreft dus meer dan enkel iMSR en omvat het totaal van consulten, klinische behandelingen en poliklinische behandelingen.
 - Zowel het aantal trajecten als de totale zorgkosten dalen structureel. Het betreft hier geen coronadip -de daling is al voor corona ingezet en zet ook na de pandemie door. Sinds 2018 namen de zorgkosten met 27% af -na inflatiecorrectie zelfs met 40%. Het aantal patiënten daalde in deze periode met 31%.
3. Zoals hierboven betoogd, vinden wij uw onderscheid tussen ‘stepped-care-patiënten’ en ‘last-resort-patiënten’ oneigenlijk. Principieel onderscheiden wij enkel patiënten die op basis van de indicatie door de revalidatiearts voor iMSR in aanmerking komen. In de praktijk zal zo’n indicatie vaak plaatsvinden na een doorlopen traject in de eerste lijn. Precieze cijfers ontbreken, maar op basis van inschattingen door onze leden is onze aanname dat zeker 95% van de patiënten met chronische pijn die bij onze leden een iMSR-behandeling ondergaan, eerder zonder succes in de eerste lijn is behandeld.
 4. In uw raming is geen rekening gehouden met substitutie-effecten. Dit is onacceptabel, omdat deze effecten substantieel zijn; de zorgvraag verdwijnt immers niet. Wanneer patiënten niet langer voor een iMSR-behandeling in aanmerking komen, stijgen de kosten in de eerste lijn en bij andere specialismen (denk bijvoorbeeld aan pijnpoli’s). Doordat de effecten op activiteiten en participatie wegvallen, zullen de maatschappelijke kosten navenant stijgen, bijvoorbeeld wanneer patiënten niet kunnen werken of wanneer zij langer afhankelijk zijn van ondersteuning.
 5. Wij roepen het Zorginstituut op om een deugdelijke impactanalyse uit te voeren voor de vaststelling van het definitieve standpunt. Hierin dienen in ieder geval de volgende elementen in te zijn meegenomen:
 - Financiële effecten (op de MSR-sector en op de totale zorgkosten -naast Zvw ook Wlz en Wmo- en rekening houdend met substitutie-effecten)
 - Voor Revalidatie Nederland betekent passende zorg dat alle Nederlanders toegang hebben tot goede zorg, waar ze ook wonen en hoeveel ze ook verdienen. Daarom pleit Revalidatie Nederland ervoor dat er voor de vaststelling van het standpunt een impactanalyse wordt uitgevoerd naar de verwachte gevolgen voor patiënten met chronische pijn. Waar kunnen patiënten terecht wanneer zij niet langer de tot nu toe gebruikelijke behandeling kunnen krijgen? Als zij geen zorg meer uit de basisverzekering krijgen, op welke zorg in de eerste of anderhalve lijn kunnen zij dan rekenen, ook wanneer zij geen aanvullende verzekering hebben? Hebben paramedici en huisartsen voldoende capaciteit en voldoende kennis om deze groep patiënten te behandelen?

Wij suggereren het Zorginstituut de NZa bij deze impactanalyse te betrekken, zodat voor de betrokken partijen duidelijk is hoe Team Overheid de impact en eventuele aanvullende maatregelen inschat.

3. Praktische uitwerking

Hoewel wij uw standpunt om bovengenoemde redenen onhoudbaar vinden, zijn wij -net als in het voortraject- bereid kritisch-opbouwend te reageren op de voorstellen die u doet.

Wij pleiten voor duidelijkheid. De uitspraken van het Zorginstituut mogen niet voor verschillende interpretaties vatbaar zijn. Zo concludeert u “dat IMSR voor patiënten met chronische pijn en complexe samenhangende problematiek die zonder succes stepped care hebben doorlopen *wat het Zorginstituut betreft vooralsnog* vergoed kan worden ten laste van de basisverzekering.” De zinsneden “wat het Zorginstituut betreft” en “vooralsnog” lijken de eerdere stelling te nuanceren en dienen daarom weggelaten te worden. Bovendien is “zonder succes” mogelijk voor meerdere interpretaties vatbaar.

In dat kader waarschuwen wij voor onnodige bureaucratie en administratieve lasten. Deze kunnen substantieel zijn, zoals de onafhankelijke impactanalyse toont die RN en ZN gemeenschappelijk hebben laten uitvoeren bij de ontwikkeling van het oorspronkelijke standpunt MSR.⁷ Eerder deze maand hebben zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en Team Overheid in AZWA met elkaar afgesproken de regeldruk en administratieve last te verminderen.⁸ Dan werkt het contraproductief wanneer schaars personeel met extra administratieve taken wordt opgezadeld. Het zou voldoende moeten zijn wanneer de revalidatiearts het op te leveren indicatieprotocol van de VRA volgt en navolgbaar in het dossier opneemt waarom de eerste lijn onvoldoende resultaat op heeft geleverd of waarom het niet te verwachten is dat een dergelijk traject in de eerste lijn voldoende resultaat oplevert.

Een Plan van aanpak voor Passende Zorg

U stelt een traject voor om te komen tot passende zorg en wetenschappelijke onderbouwing. Uiterlijk 2029 wil het Zorginstituut een vervolg-uitspraak doen in dit dossier op basis van de bevindingen. Wij stellen dit initiatief en uw actieve betrokkenheid bij de uitvoering zeer op prijs. Bij uw plan hebben wij de volgende vragen en opmerkingen.

Allereerst stelt u dat dit traject enkel van start zal gaan als alle relevante partijen zich committeren. Dit roept de vraag op wat het Zorginstituut doet wanneer partijen zich niet committeren -het traject gaat dan niet van start, waardoor het Zorginstituut geen onderbouwde uitspraak kan doen. Wij horen graag hoe u hiermee omgaat.

In bijlage 3 schetst u uw drie sets van voorwaarden voor Passende Zorg. Hieronder volgens onze reflecties op iedere set.

⁷ Commitcare, Impactanalyse (2022), 21.

⁸ Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (2025), sectie A.

1. Indicatieprotocol iMSR

Het indicatieprotocol behoort tot het primaat van de beroepsgroep. Met u wachten wij op het protocol van en voor de revalidatieartsen.

2. Effectiviteitsonderzoek iMSR

RN verwelkomt aanvullend effectiviteitsonderzoek van harte. Drie opmerkingen op uw voorstel:

- De instemming van zorgverzekeraars bij afbakening en financiering is onnodig en onwenselijk. In uw concept-standpunt is financiering van de zorg voor deze patiëntengroep immers geregeld, terwijl de afbakening tot het domein van de artsen en onderzoekers (VRA en WAR) behoort.
- Het is essentieel dat betrokkenen al bij het design van het onderzoek bepalen bij welke uitkomst van het onderzoek iMSR bij chronische pijn voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.
- Dat er “wordt nagedacht over financieringsmogelijkheden” is te vrijblijvend. Gegarandeerde financiering van het onderzoek is een absolute voorwaarde. Zonder financiering geen onderzoek en zonder onderzoek wordt niet voldaan aan uw voorwaarden voor Passende Zorg. Zeker met de Kaderprogramma Passende Zorg menen wij dat Team Overheid -waar ZIN onderdeel vanuit maakt- financiering van dit onderzoek voor vaststelling van het standpunt moet garanderen.

3. MER Chronische Pijn

Revalidatie Nederland is voorstander van een breed continuüm van revalidatie voor mensen met chronische pijn. Multidisciplinaire Eerstelijnsrevalidatie (MER) zou een waardevolle aanvulling kunnen zijn in dit zorgaanbod. Wij verwelkomen dan ook het initiatief dat ZIN hierin neemt. Tegelijk hebben recente experimenten geleerd dat investeringen in tijd, geld en energie enkel zinnig zijn, indien in een MER-pilot aan een aantal voorwaarden is voldaan. We noemen de belangrijkste.

- 1) Proces, tijdslijn en uitkomst van dit traject zijn zeer ambitieus. Dat juichen wij toe, maar het betekent ook dat het niet realistisch is om het welslagen van het MER-experiment direct te koppelen aan de toekomst van iMSR bij chronische pijn. In het definitieve standpunt dient ZIN deze dan ook los te koppelen.
- 2) Voorafgaand commitment op inzet, uitkomst en proces is essentieel. Zoeken naar draagvlak is in onze ogen geen onderdeel van het proces, maar een noodzakelijke voorwaarde waaraan voldaan moet worden vóór het traject van start gaat. Dit geldt in het bijzonder voor de individuele zorgverzekeraars. Wanneer hun raden van bestuur zich niet vooraf en schriftelijk hebben gecommitteerd, heeft het geen zin om aan het project te beginnen. Concreet: stap 5, 6 en 7 (draagvlak van zorgverzekeraars, eerste en tweede lijn) dienen succesvol te zijn afgerond voor het project wordt gestart. Op basis van eerdere ervaringen is onze suggestie om alle direct betrokkenen vooraf een convenant te laten tekenen.
- 3) Zolang er geen duidelijkheid is over de aanspraak en over de bekostiging van MER, is het niet zinnig te starten met deze vorm van zorg. Stap 3 en stap 4 uit uw Plan van Aanpak

zullen dus voor alle drie de varianten succesvol afgerond moeten zijn, voor het plan van aanpak verder wordt uitgewerkt en geïmplementeerd.

- 4) Onderzoek naar het effect van de nieuwe vormen van MER is essentieel. Dit betekent dat financiering van dit onderzoek een voorwaarde is voordat de verschillende vormen van MER ontwikkeld worden.
- 5) Het doel van de MER dient vooraf duidelijk te zijn en door alle betrokken te zijn onderschreven. In onze ogen is de MER een nieuw onderdeel in het zorgaanbod voor patiënten voor wie de reguliere eerstelijns behandeling te licht is en iMSR te intensief. In de praktijk zal het gaan om WPN2- en 'lichte' WPN3-patiënten. Wanneer MER een nieuw en uniek aanbod in pijnrevalidatie aanbiedt, is het niet nuttig (en bovendien niet legitiem) om de MER een verplichte stap in stepped-care te laten zijn. Veelmeer zullen poortspecialisten na de landelijke uitrol van MER op basis van matched care gericht en dus beter en efficiënter kunnen verwijzen.
- 6) Stevige leiding en een heldere governance-structuur zijn essentieel. Wij verwelkomen het initiatief dat het ZIN hierin heeft genomen (stap 8 en 10). Waar wij opnieuw voor waarschuwen is hindermacht. We moeten voorkomen dat één enkele partij het proces kan saboteren, simpelweg door niet actief mee te werken. "Partijen aanspreken" is in zo'n geval onvoldoende, de onafhankelijk projectleider moet de mogelijkheid hebben om de partijen die zich hebben gecommitteerd bij te sturen.
- 7) Zorgaanbieders zijn essentieel in het ontwikkelen en uitrollen van MER. Toch wordt Revalidatie Nederland als brancheorganisatie van MSR-aanbieders niet consequent genoemd. Wij denken een essentiële bijdrage te kunnen leveren, en worden graag expliciet als betrokken partij genoemd in de inleiding en bij stap 4 (bekostiging). Overigens missen we bij stap 4 ook de NZa, die hier in onze ogen de lead zou moeten nemen.
- 8) Het initiatief is in deze opzet één groot experiment om te zien of MER in Nederland een waardevolle en effectieve bijdrage kan leveren aan het zorgaanbod voor mensen met chronische pijn. Wat mist in het plan van aanpak, zijn stappen voor het vervolg. Als duidelijk is welke vormen van MER voldoen aan de criteria, hoe gaan de betrokken partijen er dan voor zorgen dat deze vorm van MER vervolgens in heel Nederland wordt aangeboden, ingekocht en benut? Het commitment van de betrokken partijen gaat derhalve verder dan de experimenteerperiode. Wil de collectieve investering in MER renderen, dan moeten betrokken partijen nog in de projectfase bindende afspraken maken over de landelijke uitrol (aanspraak, bekostiging, organisatie en capaciteit).
- 9) Eenvoud en uniformiteit is een voorwaarde voor succes in de experimenteerfase. Daarom pleiten wij ervoor dat er per MER-variant één omschrijving van de inhoud komt. Tegelijk pleiten wij ervoor dat bij de uitvoering één zorgverzekeraar namens alle zorgverzekeraars betrokken is. Ten slotte pleiten we voor een overkoepelende BRI om te voorkomen dat een individuele zorgverzekeraar en individuele zorgaanbieder een eigen BRI op moeten stellen.
- 10) Eenvoud betekent ook dat niet iedereen in de experimenteerfase betrokken hoeft te worden. Instemming van alle eerstelijnspartijen lijkt ons in deze fase te ambitieus. Daarbij maken wij bezwaar tegen de mogelijkheid om vanuit GRZ-instellingen een MER-initiatief met tweedelijns betrokkenheid te starten. iMSR is een specialisme dat is voorbehouden aan de revalidatiearts, en juist dat specialisme is essentieel voor het experiment.

Vervolg

In uw concept-standpunt vraagt u om ons commitment. Met bovenstaande reflecties is het voor ons op dit moment onmogelijk een volledig commitment af te geven. Wij werken constructief mee aan protocol, onderzoek en MER, maar alleen wanneer het werkelijk zin heeft om hierin te investeren. Wij gaan graag met u en eventuele andere veldpartijen in gesprek over de vraag wanneer een realistisch commitment is af te geven.

Vanzelfsprekend zetten wij daartoe graag onze dialoog voort. Mocht u vragen of opmerkingen hebben naar aanleiding van onze reactie, dan verwelkomen we die op het bureau van Revalidatie Nederland via m.klem@revalidatie.nl.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M.A. Dutrée', with a stylized flourish at the end.

Dr. M.A. Dutrée

Voorzitter Revalidatie Nederland