



Academisch Centrum voor  
Private Verzekeringsgeneeskunde

# **Verzekerd van wetenschappelijk onderbouwd medisch advies**

**Onderzoeksprogramma 2014-2018**  
**Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde**

1. Inleiding .....	3
1.1 Leeswijzer .....	4
2. Aanleiding .....	5
2.1 Brede behoefte aan betere onderbouwing van medische advisering .....	5
2.2 Betekenis van maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen voor medisch advies en verzekeraars .....	6
3. Hoofdlijnen onderzoeksprogramma 2014-2018 .....	10
3.1 Werkwijze ACPV bij onderzoeksprogrammering .....	10
3.2 Hoofdlijnen en aanzetten voor nieuw onderzoek ACPV .....	11
4. Samenwerking, kennisverspreiding, onderwijs en implementatie .....	15
5. Financiering ACPV en onderzoeksprogramma .....	16
6. Samenstelling ACPV .....	17
Addendum .....	18
Doel ACPV .....	18
Werkterrein medisch adviseur .....	18
Kwaliteit medisch advies en maatschappelijk verantwoord verzekeren .....	19
Opleiding tot medisch adviseur .....	21
Richtlijnen .....	22



# 1. Inleiding

Het Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde (ACPV) is in september 2012 opgericht. Het ACPV is een initiatief van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringzaken (GAV), ofwel de Nederlandse beroepsvereniging van medisch adviseurs, en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) afdeling Sociale Geneeskunde. Het ACPV wil een wetenschappelijke basis bieden voor de private verzekeringsgeneeskunde.

Het ACPV beoogt deze samenwerking met belanghebbende partijen in de sector voor particuliere verzekeringen vorm te geven. Medische advisering gebaseerd op actuele (wetenschappelijke) inzichten is niet alleen noodzakelijk voor de kwaliteit en toetsbaarheid van de beroepsgroep zelf, maar is ook noodzakelijk voor de particuliere verzekeraars die betrouwbaar en maatschappelijk verantwoord willen ondernemen en voor (potentiële) verzekerden die een reële toegang willen (houden) tot betaalbare particuliere levens-, arbeidsongeschiktheids- en/of letselschadeverzekeringen. Onder letselschadeverzekeringen worden hieronder verstaan alle verzekeringen die de gevolgen van letsel verzekeren, hetzij van de eigen verzekerde (bijvoorbeeld een ongeval- of reisverzekering) dan wel dat van een derde waarvoor de verzekerde aansprakelijk is (bijvoorbeeld een wettelijke aansprakelijkheidsverzekering voor motorrijtuigen of een aansprakelijkheidsverzekering voor particulieren of bedrijven).

Het bestuur van het ACPV heeft op basis van advisering van de Wetenschapsraad het onderzoeksprogramma opgesteld voor de periode 2014 tot en met 2018. In dit document worden de hoofdlijnen van het onderzoeksprogramma geschetst en enkele projectideeën gepresenteerd die desgewenst nog verder uitgewerkt kunnen worden.

Met dit onderzoeksprogramma zal voor het eerst in Nederland, en ook internationaal, systematisch gewerkt worden aan de verbetering van 'evidence-based' medische advisering voor particuliere verzekeraars. De kwaliteit van de medische advisering krijgt hiermee naar verwachting een belangrijke impuls. Met dit onderzoeksprogramma wordt het fundament gelegd voor een wetenschappelijke innovatie van dit vakgebied. Andere medische beroepsgroepen zijn de medisch adviseurs daarin al voorgaan en hebben op dat vlak reeds een belangrijke slag gemaakt.

## *1.1 Leeswijzer*

In de volgende paragrafen wordt een korte beschrijving gegeven van de behoefte aan een wetenschappelijke onderbouwing van het medisch advies en worden de maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen aangestipt die richtinggevend zijn geweest bij de samenstelling van het onderzoeksprogramma. Vervolgens worden de hoofdlijnen van het onderzoeksprogramma 2014-2018 beschreven door een schets te geven van achtereenvolgens de werkwijze van het ACPV bij onderzoeksprogrammering, de hoofdlijnen en aanzetten voor nieuw onderzoek, en de mogelijkheid om een landelijk monitoringsysteem voor de particuliere verzekeringsgeneeskunde op te zetten. Tot slot worden kort de mogelijkheden voor samenwerking met belanghebbende partijen ten behoeve van kennisverspreiding, onderwijs en implementatie, en aanknopingspunten voor financiering van het onderzoeksprogramma beschreven.

Als toevoeging is in een addendum weergegeven wat het doel van het ACPV is en wat het werkkterrein is van de medisch adviseur. Daarnaast is de samenhang tussen de kwaliteit van het medisch advies en maatschappelijk verantwoord verzekeren, de betrokkenheid van het ACPV bij de opleiding tot medische adviseur en de mogelijk ondersteunende rol van het ACPV bij de ontwikkeling van richtlijnen nader uitgewerkt.

## 2. Aanleiding

### *2.1 Brede behoefte aan betere onderbouwing van medische advisering*

Voor de medische adviseur geldt net als voor andere medische beroepsgroepen dat de maatschappelijke druk is toegenomen om het medisch handelen objectieverbaar, wetenschappelijk onderbouwd en transparant te maken.

Wat betreft het terrein van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is door de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO)<sup>1</sup> al in 2004 geconcludeerd dat er een brede behoefte is aan kennis en onderzoek om het verzekeringsgeneeskundig handelen beter te onderbouwen, om instrumenten te ontwikkelen en in meer algemene zin de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige inzet beter in beeld te krijgen en waar mogelijk te verbeteren (RGO, 2004). Aanbevolen werd hiervoor gedurende tenminste 8 à 10 jaar een stimuleringsprogramma te ontwikkelen ter waarde van 1,8 miljoen euro per jaar.

Voor de publieke verzekeringsgeneeskunde is de stimulering van onderzoek en de versterking van de kennisinfrastructuur vormgegeven door oprichting, financiering en onderzoeksprogrammering van het Kennis Centrum voor Verzekeringsgeneeskunde (KCVG), een samenwerkingsverband tussen het UWV en het AMC, UMCG en VUmc. Bovendien is naar aanleiding van een Gezondheidsraad-advies<sup>2</sup> een start gemaakt met het opstellen van zogenaamde 3B-richtlijnen (Beoordelen, Behandelen, Begeleiden), eerst door de Gezondheidsraad zelf en daarna door de medische beroepsgroepen. Tevens zijn er verzekeringsgeneeskundige protocollen ontwikkeld voor verzekeringsartsen werkzaam in het publieke domein door het verzekeringsgeneeskundig Instituut (VGI) van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG).

Voor de private verzekeringsgeneeskunde is de gesignaleerde behoefte aan kennis en onderzoek ter verbetering van het verzekeringsgeneeskundig handelen niet eerder ingevuld, noch op het gebied van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, noch op het gebied van letselschade- en levensverzekeringen. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek op deze gebieden is in Nederland, maar ook internationaal, schaars en in feite nog onontgonnen terrein. In samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het UMCG is de afgelopen jaren een aantal medisch adviseurs werkzaam bij verzekeringsmaatschappijen

1 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Onderzoek Verzekeringsgeneeskunde. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2004; publicatie nr 44.

2 Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/10.

begonnen met het initiëren en verrichten van wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van arbeidsongeschiktheids-, levens-, en letselschadeverzekeringen. Dit heeft geleid tot één afgerond promotieonderzoek (J. Buitenhuis, “Het traject van whiplash” i.s.m. Univé), drie lopende promotieonderzoeken (J. Bronsema, “De meerwaarde van een medisch keuring bij een aanvraag voor een levensverzekering” i.s.m. Legal & General; E.C. Wijnvoord, “Voorspellers van arbeidsongeschiktheid bij zelfstandigen” i.s.m. Movir; R. Schoonen en O. de Louwere, “Geschiktheid voor het ondernemerschap als voorspeller voor arbeidsongeschiktheid” i.s.m. REAAL) en een aantal kortlopende wetenschappelijke studies i.s.m. De Amersfoortse (o.l.v. C. Geluk en N. Croon, o.a. “Overgewicht en arbeidsongeschiktheid”).

Een betere onderbouwing van de adviezen van medisch adviseurs wordt behalve door de initiatiefnemers van het ACPV – de beroepsgroep GAV en het UMCG – ook bepleit door nationale raden van advies van de Minister van VWS en SZW (Raad voor GezondheidsOnderzoek (RGO) en de GezondheidsRaad (GR) en ondersteund door de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NIVVG), diverse particuliere verzekeraars en het Verbond van Verzekeraars. Met enige regelmaat komt in de media naar voren dat ook patiëntenverenigingen (o.a. Nederlandse Federatie Kankerpatiëntenorganisaties) pleiten voor betere onderbouwing van genoemde adviezen.

## *2.2 Betekenis van maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen voor medisch advies en verzekeraars*

Sterftedaling door verbeterde behandeling van aandoeningen die voorheen vaak dodelijk waren (kanker, hartinfarct) leidt tot een toename van de levensverwachting. Omdat er bij dergelijke ziektes lang niet altijd sprake is van volledig herstel heeft dit geleid tot een sterke toename van het aantal chronisch zieken.

De toename van de levensverwachting betekent voor levensverzekeringen dat de verhouding met het risico op vroegtijdig overlijden als gevolg van (chronische) ziekte of aandoening ook veranderd kan zijn. Als er vermoedens zijn dat de toename van de levensverwachting voor een bepaalde groep (chronisch) zieken kleiner of groter is dan de toename in de algemene levensverwachting of de levensverwachting in de totale groep verzekerden dan is er reden om te onderzoeken of de beschikbare overlevingstabellen van een verzekeraar actualisatie verdienen.

De acceptatieprocedure van een levensverzekering is in Nederland in sterke mate gebaseerd op het medisch model, inclusief leefstijlfactoren als roken, bewegen en alcoholgebruik, terwijl verzekeraars in

de ons omringende landen sterftekansen steeds meer baseren op andere niet-medische factoren zoals postcode, inkomen en opleidingsniveau. Een nadere onderbouwing voor het gebruik van dergelijke niet-medische factoren en de consequenties daarvan voor de acceptatie van (chronisch) ziekten ontbreekt tot nu toe voor de Nederlandse situatie. In de afgelopen jaren heeft een aantal verzekeraars een gezonde leefstijl ten tijde van de acceptatie beloofd door klanten zonder algemene (medische) keuring en alleen op basis van een gezondheidsverklaring te accepteren voor een levensverzekering.

Verder zijn risicoschattingen veelal gebaseerd op 'ex-post' rekenmodellen (sterftcijfers), terwijl het van belang is meer vooruit te kijken en toe te werken naar 'ex-ante' modellen. Dat zijn rekenmodellen die het risico op overlijden en herstelkansen kunnen voorspellen.<sup>3</sup> Daarbij dient kennis van voorspellers voor groepen van verzekerden verder ontwikkeld te worden en te worden vertaald in bruikbare kennis van voorspellers voor individueel verzekerden. Pas dan is deze kennis bruikbaar voor medische advisering.

Een belangrijke maatschappelijke ontwikkeling in Nederland (en internationaal) op het gebied van arbeid en gezondheid is de toenemende belangstelling voor duurzame inzetbaarheid en re-integratie van ouderen en (chronisch) zieke werknemers. Als gevolg van demografische (vergrijzing, ontgroening) en maatschappelijke ontwikkelingen (afschaffen ontzieteregelingen, verhoging pensioenleeftijd, invoering wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen WIA) worden werkgevers de komende jaren geconfronteerd met een personeelsbestand waarin oudere werknemers en mensen met een arbeidsbeperking of chronische ziekte sterker zijn vertegenwoordigd dan tot nu toe het geval was.

Op het terrein van de private verzekeringsgeneeskunde is er tot nu toe weinig aandacht voor onderzoek op het gebied van arbeidsparticipatie en re-integratie van ouderen en mensen met een (chronische) ziekte, ondanks dat een toenemend deel van de werkende populatie participeert in arbeid als zelfstandig ondernemer. De afgelopen jaren is het aantal zelfstandig ondernemers in Nederland sterk gestegen. Deze groei komt grotendeels voor rekening van de 'nieuwe' zelfstandigen zonder personeel; de groei van de klassieke zelfstandigen is gestagneerd en zelfs dalende. De 'nieuwe' zelfstandigen verrichten vaak vergelijkbare werkzaamheden onder vergelijkbare omstandigheden als personen in loondienst.<sup>4</sup> Daarnaast is de groei te verklaren door het overheidsbeleid in Nederland om mensen die niet werken en terugvallen op het sociale zekerheidsstelsel te stimuleren om als zelfstandige aan de slag te gaan. Hiermee is niet alleen het aantal zelfstandigen gegroeid, maar ook het aantal mensen met gezondheidsproblemen in deze doelgroep.

<sup>3</sup> Verbond van Verzekeraars. Beleid in uitvoering 2012-2013. Den Haag: Verbond van Verzekeraars, 2013.

<sup>4</sup> de Vries N, Braams N. Inkomen, vermogen en dynamiek van zelfstandigen zonder personeel. Verschillen tussen zelfstandigen zonder personeel en nieuwe zelfstandigen. Zoetermeer: Panteia/EIM en CBS, 2012.



Met de invoering van de WIA in 2006 zijn er verschillende mogelijkheden voor werkgevers om het risico op loondoorbetaling van hun werknemers bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid (WGA) te verzekeren. Dit risico kan bij het UWV worden ondergebracht of men kan besluiten om als Eigenrisicodragers (ERD) het risico onder te brengen bij een particuliere verzekeraar. Grote werkgevers kiezen er veelal voor om Eigenrisicodragers (ERD-WGA) te worden. In dat geval heeft niet het UWV maar de Eigen risicodragers-WGA zelf de regie over re-integratie, vaak met ondersteuning van een arbodienst. De beoordeling van de arbeidsongeschiktheid (conform de WIA) wordt wel uitsluitend door het UWV gedaan. De werknemer kan dan een WGA-uitkering krijgen of er kan worden vastgesteld dat hij voor een IVA-uitkering in aanmerking komt. In dat laatste geval wordt hij volledig en duurzaam (dus blijvend) arbeidsongeschikt geacht en valt de uitkering niet onder het eigen risico van de werkgever (en komt dan dus ook niet ten laste van de verzekeraar). In de praktijk blijkt dat de aanspraken van Eigenrisicodragers-WGA bij particuliere verzekeraars hoger zijn dan verwacht werd.

Mogelijke verklaring hiervoor is dat de samenwerking tussen de partijen die verantwoordelijkheid dragen voor het beperken van de WGA-instroom en het bevorderen van de WGA-uitstroom, onvoldoende effectief verloopt. Onderzoek op het gebied van claimbeoordeling zou hier meer inzicht in kunnen verschaffen en bijvoorbeeld kunnen bijdragen aan het verbeteren van de dienstverlening ten aanzien van de overgang van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid (WGA) naar volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid (IVA).

Voorts zien we dat relatief veel ouderen het werknemerschap verlaten en zelfstandig worden. Startende ondernemers die op latere leeftijd een arbeidsongeschiktheidsverzekering aanvragen hebben een relatief kleine kans om te worden geaccepteerd en een relatief grote kans om een acute of chronische aandoening te krijgen. Deze factoren lijken een bijzonder risico te vormen voor de inzetbaarheid van de werkende bevolking. Door hun onverzekerde status en daardoor geen of slechts beperkte toegang tot verzuimbegeleiding en arbodienstverlening kunnen oudere zelfstandigen bij (een recidiverende) ziekte of verzuim extra risico lopen op langdurige uitval. Om de positie van deze groep op de arbeidsmarkt te verstevigen is het noodzakelijk kennis van de kenmerken van deze heterogene groep zelfstandigen te vergaren en te zoeken naar wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van interventies.

Letselschade door een ongeval kan zowel lichamelijke als psychische gevolgen hebben. Lichamelijke gevolgen liggen vooral op de medische vakgebieden traumatologie, orthopedie en neurologie. Daarnaast

komen psychische gevolgen van een ongeval zoals posttraumatische stressklachten regelmatig voor. Deze klachten geven soms aanleiding tot langdurige beperkingen. Preventie en betere behandeling van specifieke letsels, waardoor er sprake is van minder restgevolgen, is zowel voor het slachtoffer, de medische praktijk als voor het beperken van de letselschade van belang.

De huidige letselschadeprocedures kunnen nadelige gezondheidseffecten en een anti-therapeutisch effect hebben. Slachtoffers van een ongeval die verwickeld zijn in een letselschadeprocedure lijken minder goed te herstellen dan vergelijkbare patiënten zonder letselschadeprocedure. De gezondheidssuitkomsten hangen mogelijk samen met de kenmerken van de compensatieprocedure. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat veranderingen in de compensatieprocedure, diensten van een bureau of van advocaten de gezondheid en werkhervatting positief kunnen beïnvloeden. Meer inzicht is nodig in de kenmerken van het huidige compensatiesysteem in letselschadezaken die van invloed zijn op de gezondheid en werkhervatting, en in de manier waarop die kenmerken gunstig beïnvloed kunnen worden. Maatregelen die soms al genomen worden zijn één medisch adviseur per zaak, mediation, excuses aanbieden door de veroorzaker en direct een compensatiebedrag toekennen.

Daarnaast hebben Europees en nationaal beleid en regelgeving direct consequenties voor het handelen van particuliere verzekeraars en medisch adviseurs.

Een gelijke behandeling van mannen en vrouwen (i.c. geen sekse-discriminatie) bij de toegang tot verzekeringen en de polisvoorwaarden is op grond van de huidige Europese regelgeving verplicht. De mogelijkheid van risicobeoordeling en -selectie op deze gronden is dus wettelijk uitgesloten. Dit geldt voor alle verzekeringen. Daarnaast is er een algemene EU-verordening in ontwikkeling met betrekking tot gegevensbescherming van burgers. De conceptversie van deze dataproductieverordening (oktober 2013) beperkt voor verzekeraars de grondslag voor het verwerken van medische en strafrechtelijke gegevens.<sup>5</sup> Ook medisch adviseurs zullen te zijner tijd de aangescherpte regels rond de bescherming van de privacy van verzekerden in acht moeten nemen.

5 Verbond van Verzekeraars. Interne attendering aangaande draft-report van de EU Dataproductie Verordening. Den Haag: Verbond van Verzekeraars, 2013.

### 3. Hoofdpijnen onderzoeksprogramma 2014-2018

#### *3.1 Werkwijze ACPV bij onderzoeksprogrammering*

Voor de komende jaren vormt het onderzoeksprogramma 2014-2018 het uitgangspunt voor de te ontwikkelen activiteiten van het ACPV. In paragraaf 3.2 wordt een nadere uitwerking hiervan beschreven.

De werkwijze die het ACPV hanteert voor verdere invulling van het programma past bij die van een academische werkplaats. Onderzoeksprogrammering vindt binnen een dergelijke academische samenwerking plaats door relevante onderzoeksvragen uit de praktijk te betrekken c.q. de mogelijkheid te bieden om vragen aan te leveren. De vragen worden daar waar mogelijk omgevormd naar onderzoeksproject(en). Uitvoering van projecten vindt binnen een academische werkplaats bij voorkeur plaats door professionals in de praktijk, met begeleiding vanuit de universiteit. Voordelen daarvan zijn dat vraagstellingen en oplossingen uit de praktijk voortkomen en dat op deze manier wordt bijgedragen aan wetenschappelijke kadervorming binnen praktijkinstellingen. In een academische werkplaats wordt ten slotte de verkregen kennis vertaald naar voor de praktijk en het beleid bruikbare kennisproducten, adviezen, interventies, protocollen/handleidingen en voorzieningen.

Het verzamelen van onderzoeksvragen is een cyclisch proces, waarbij niet alleen medische adviseurs c.q. GAV-leden maar ook andere belanghebbenden als het Verbond van Verzekeraars, particuliere verzekeraars, de overheid, cliënten-/patiëntenorganisaties en kennisinstituten worden betrokken. Deze werkwijze betekent ook dat iedere belanghebbende partij een vraag of projectidee kan neerleggen bij het ACPV.

Het ACPV zal daarnaast bij haar onderzoeksprogrammering rekening houden en afstemming zoeken met andere onderzoeksprogramma's die gericht zijn op de wetenschappelijke onderbouwing van aanpalende vakgebieden en beroepsgroepen. Denk hierbij aan onderzoeksprogramma's op het gebied van de verzekeringsgeneeskundigen in het publieke domein (programma van het Kennis Centrum voor Verzekeringsgeneeskunde), de bedrijfsartsen (programma van het Kwaliteitsbureau NVAB) of dat van de arbeidsdeskundigen (programma van het Arbeidsdeskundig Kennis Centrum). Daarbij wordt wederzijdse afstemming van belang geacht omdat bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in het publieke domein een belangrijke rol vervullen bij de effectiviteit van preventie van ziekte en schade en de bevordering van gezondheid, herstel en re-integratie van werknemers in dienst bij 'eigen risico dragers WGA'. Voor

arbeidsdeskundigen geldt dat zij zowel in het publieke als private domein werkzaam zijn en daarmee direct samenwerken met medisch adviseurs werkzaam bij particuliere verzekeringsmaatschappijen en tevens een rol spelen bij het UWV inzake de WGA-populatie.

De Raad van Advies (i.o.) zal een belangrijke rol vervullen bij de periodieke toetsing van de maatschappelijke relevantie, uitvoering en impact van het onderzoeksprogramma in de praktijk. De Wetenschapsraad (WR) heeft een belangrijke adviserende rol ten aanzien van het initiëren en de wetenschappelijke kwaliteit van het onderzoek van het ACPV.

### *3.2 Hoofdpijnen en aanzetten voor nieuw onderzoek ACPV*

De eerder beschreven maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen en de betekenis ervan voor het werk van de medisch adviseur en de verzekeraars hebben geresulteerd in het formuleren van een drietal hoofdpijnen voor onderzoek.

De drie hoofdpijnen sluiten aan bij het verzekeringsgeneeskundig proces en hebben betrekking op een betere onderbouwing van de medische advisering in relatie tot

1. toegankelijkheid en acceptatie van particuliere verzekeringen;
2. preventie en voorkómen van ziekte, schade en claims die daarmee samenhangen;
3. bevordering van gezondheid, herstel en re-integratie en onderbouwing van de benodigde duur van de vergoeding die daarmee samenhangt.

Als aanzet voor mogelijke onderzoeksprojecten binnen het onderzoeksprogramma 2014-2018 zijn in samenwerking met de Wetenschapsraad van het ACPV en aansluitend bij maatschappelijke vraagstukken een aantal projectideeën geformuleerd.

Het betreft:

- a. Verzekeraarbaarheid van chronisch zieken (zoals mensen met diabetes, reuma of overlevenden na kanker) voor arbeidsongeschiktheid (AOV) en leven (Levensverzekering).
- b. Verschuiving van een medisch naar bio-psycho-sociaal acceptatiemodel voor arbeidsongeschiktheids- en levensverzekeringen.
- c. De rol van de medisch adviseur om de invloed van emotionele en claim-gerelateerde factoren in het compensatie- en claimproces bij letselschade gunstig te beïnvloeden.

- d. Beoordelen van (beroeps)arbeidsongeschiktheid van de steeds ouder wordende verzekerde ten aanzien van ziekte- of leeftijdgerelateerde klachten.
- e. Predictiemodel voor het beter voorspellen van herstel en (claim)duur van arbeidsongeschiktheid (AOV).
- f. (Kosten)effectiviteitsonderzoek naar evidence-based behandelingen en interventieprogramma's in het kader van arbeidsongeschiktheid en letselschade.

Ieder projectidee past in een van de drie hoofdlijnen van onderzoek en heeft betrekking op één of meer type(n) verzekering. De komende periode zal samen met belanghebbende partijen nader worden verkend of deze projecten nader uitgewerkt kunnen worden en uitvoerbaar en financierbaar zijn. Daarnaast zullen conform eerder genoemd werkwijze (paragraaf 3.1) nieuwe onderzoeksvragen worden verzameld en zal er gekeken worden in hoeverre deze tot uitvoering kunnen worden gebracht binnen het ACPV.

Enkele voorbeelden van projectideeën die desgewenst verder uitgewerkt kunnen worden zijn hieronder per hoofdlijn van onderzoek beschreven.

### **Projectideeën Toegankelijkheid en acceptatie**

- a. Zelfrapportage van mensen met een chronische aandoening bij de aanvraag van een levensverzekering.  
Dit projectidee is gericht op een nadere onderbouwing van de bruikbaarheid van zelfrapportages van mensen met een chronische aandoening zoals bijvoorbeeld diabetes en reuma bij de medische acceptatie van levensverzekeringen. Het beoogt een standaard zelfrapportageformulier op te leveren, dat samen met een gezondheidsverklaring kan worden ingediend bij levensverzekeraars. Verwacht wordt dat hiermee het opvragen van gegevens bij de behandelend specialist overbodig wordt, waardoor het acceptatieproces van een levensverzekering versneld kan worden. Met betrokken patiëntenverenigingen zal samenwerking worden gezocht.

- b. Van medisch naar bio-psycho-sociaal acceptatie-advies voor AOV.

Dit projectidee is gericht op een nadere onderbouwing van het gebruik van bio-psycho-sociale criteria bij de beoordeling van een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Beoogd wordt de voorspellende waarde van bio-psycho-sociale criteria te vergelijken met de voorspellende waarde van de (strikt) medische criteria die tot nu toe gehanteerd worden. De medische criteria die nu gebruikt worden lijken regelmatig te leiden tot contraproductieve resultaten bij de acceptatie van een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Met het onderzoek van Liesbeth Wijnvoord bij Movir is reeds een eerste start gemaakt met dit thema.

### **Projectideeën Preventie**

- c. Compensatie- en claimproces: emotionele cognities in letselschade.

Dit projectidee is gericht op een nadere onderbouwing van de rol van emotionele en claimgerelateerde factoren in het claimproces bij letselschade en hun invloed op gezondheid, herstel en re-integratie. Het doel is om kennis te verzamelen over de manier waarop de medisch adviseur deze factoren gunstig kan beïnvloeden.

- d. Kwetsbare groepen in AOV.

Dit projectidee is gericht op een nadere onderbouwing van de factoren die een rol spelen bij het beoordelen van (beroeps)arbeidsongeschiktheid van de steeds ouder wordende verzekerde. Vragen die beantwoord zullen worden zijn: welke lichamelijke en mentale slijtage is te beschouwen als 'normale' veroudering en wat dient beschouwd te worden als 'abnormale' veroudering? En hoe kan arbeidsongeschiktheid door slijtage voorkomen worden? Dit project levert aangrijpingspunten op voor preventie van arbeidsongeschiktheid.

## **Projectideeën Gezondheid, herstel en re-integratie**

- e. Predictiemodel voor herstel en claimduur AOV.  
Dit projectidee is gericht op een nadere onderbouwing van voorspellers van langdurige uitval door ziekte(verzuim) bij zelfstandig ondernemers. Hiermee kunnen medisch adviseurs en verzekeraars de individuele kans van een zelfstandig verzekerde op langdurige arbeidsongeschiktheid bepalen en gerichte begeleiding vroegtijdig inzetten.
- f. Herstelbevordering en effectieve interventies.  
Dit projectidee is gericht op het identificeren van de meest (kosten)effectieve behandelingen en interventieprogramma's voor de drie meest voorkomende aandoeningen in relatie tot arbeidsongeschiktheid en letselschade (nekpijn; lage rugpijn; psychische klachten). Medisch adviseurs kunnen hiermee een beter onderbouwd advies geven aan zowel verzekerden als verzekeraar.

Het ACPV beoogt bovendien de mogelijkheden te verkennen voor het opzetten van een landelijk registratiesysteem, zodat routinematig vastgelegde gegevens bij particuliere verzekeraars kunnen worden gebruikt om bijvoorbeeld trajecten en interventies te beschrijven en te evalueren, en om voorspellende kenmerken van verzekerden te identificeren.

Tot op heden worden de registraties van particuliere verzekeraars niet gekoppeld, met name vanuit de gedachte van onderlinge concurrentie. Het gezamenlijk gebruik van routinematig verzamelde gegevens met inachtneming van de privacywetgeving biedt daarentegen juist kansen om de toegankelijkheid, de transparantie en de kwaliteit van dienstverlening van particuliere verzekeraars te verbeteren. Bovendien biedt een dergelijk register de mogelijkheid aan andere geïnteresseerden (patiëntenorganisaties, overheid, kennisinstellingen) om een verzoek tot gebruikmaking van bepaalde gegevens in te dienen en zo eigen onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

Vergelijkbare initiatieven bestaan reeds voor o.a. de huisartsgeneeskunde en bedrijfsgeneeskunde (respectievelijk NIVEL Zorgregistratie en Laboretum). Een aantal verzekeraars heeft al interesse getoond en met hen wordt geprobeerd om een globaal plan hiervoor op te stellen. Uiteraard zullen ook andere potentieel belanghebbenden worden benaderd, zoals het Verbond van Verzekeraars, de overheid en patiëntenorganisaties.

## 4. Samenwerking, kennisverspreiding, onderwijs en implementatie

Voor de opzet, uitwerking en uitvoering van de geformuleerde projectideeën wordt binnen het ACPV nauw samengewerkt met diverse individuele verzekeraars en patiëntenverenigingen. Het ACPV acht dit van vitaal belang. Samenwerking met verzekeraars heeft daarnaast uiteraard ook betrekking op het (anoniem) ter beschikking stellen van gegevens en/of toegang verschaffen tot de verzekerde populatie ten behoeve van de uitvoering van het onderzoek. Verzekeraars en patiëntenverenigingen hebben een begeleidende rol ten aanzien van de uitvoering van het onderzoek via deelname aan begeleidingscommissies en zij zullen een belangrijke rol spelen bij de voorbereiding en waarborging van de implementatie van de onderzoeksresultaten. Indien nodig zal het ACPV projectideeën gezamenlijk uitwerken of uitvoeren met andere kenniscentra en (internationale) onderzoeksgroepen.

Verspreiding van nieuwe kennis vindt plaats via publicaties in Nederlandstalige en Engelstalige vakbladen en bijdragen aan symposia en congressen (o.a. jaarlijkse GAV/NVVG-dagen). Valorisatie van nieuwe kennis en producten zal via de beroepsopleiding en nascholingen voor de medisch adviseur verlopen, onder andere de NSPOH en de initiële opleidingen geneeskunde via de academische ziekenhuizen. Voorts zal het ACPV op verzoek of in opdracht, van bijvoorbeeld de beroepsvereniging GAV, wetenschappelijke input leveren bij het opstellen en formuleren van standaarden en richtlijnen voor medisch adviseurs.



## 5. Financiering ACPV en onderzoeksprogramma

Financiering van het ACPV betreft enerzijds financiering van de organisatie- en bureaunkosten, anderzijds financiering voor uitvoering van onderzoeksprojecten.

Vanaf de opstartfase zijn door de GAV en door het UMCG (financiële) middelen ter beschikking gesteld om het ACPV in te richten en een onderzoeksprogramma op te stellen.

Daarnaast is sinds 2013 gestart met het instellen van een deelnemerslidmaatschap, hetgeen betekent dat een particuliere verzekeraar en/of medisch adviesbureau besluit om het ACPV (telkens) voor een jaar financieel te steunen, waarbij de partij met naam en logo op de website van het ACPV wordt vermeld als deelnemer. In 2013 heeft dit vooralsnog geleid tot steun van drie verzekeraars (De Amersfoortse Verzekeringen, Legal & General Nederland, Reaal) en vijf medische adviesbureaus (Lechner Consult b.v., MAG Medisch Advies Groep, MEDAS B.V., Medithemis medisch adviseurs, Veduma medisch adviseurs). De bijdrage van deelnemers wordt aangewend voor financiering van het ACPV en voor onderzoek. Financiering van de uitvoering van lopende promotietrajecten vindt tot nu toe plaats met gesloten beurzen van betrokken partijen, d.w.z. betrokken particuliere verzekeraars verlenen (kosteloos) toegang tot databestanden en medische adviseurs worden door hun werkgever gedeeltelijk vrijgesteld voor de uitvoering van een promotieonderzoek. Het UMCG investeert door middel van het inzetten van begeleiding (promotor(es) en dagelijks begeleider) gedurende de looptijd van het promotietraject (5-6 jaar).

Voor financiering van nieuwe projecten in het onderzoekprogramma 2014-2018 zal nieuwe en aanvullende financiering gezocht worden. Hierbij wordt gedacht aan financiering door belanghebbende partijen uit het particuliere verzekeringsgeneeskundige veld, zoals particuliere verzekeraars, Verbond van Verzekeraars en de GAV, en aan financiering via Zorgonderzoek Nederland Medische wetenschappen, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Instituut GAK en collectebusfondsen.

## 6. Samenstelling ACPV

### **Bestuur:**

- drs. A.M. Blaauw-Hoeksma      verzekeringarts, RGA; medisch adviseur Movir; voorzitter GAV
- dr. S. Brouwer                      universitair docent/senior onderzoeker Gezondheidswetenschappen en Sociale Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen
- dr. J. Buitenhuis                      verzekeringarts, RGA; medisch adviseur Univé; voorzitter ACPV

### **Wetenschapsraad:**

- dr. mr. N.H.T.H. Croon              verzekeringarts, RGA; medisch adviseur Amersfoortse Verzekeringen
- prof. dr. J.W. Groothoff              emeritus hoogleraar Arbeid en Gezondheid, Gezondheidswetenschappen en Sociale Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen (voorzitter)
- prof. dr. J.J.L. van der Klink        hoogleraar Arbeid en Gezondheid, Gezondheidswetenschappen en Sociale Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen
- drs. R. Kneepkens                      arts, klinisch epidemioloog; medisch adviseur Achmea
- drs. A.M. Reitsma                      medisch adviseur, ASR (lid wetenschapsraad tot 1-1-2014)

### **Adviesraad:**

in oprichting

### **Bestuurssecretaris:**

- dr. E. Noordik                          adviseur/onderzoeker Gezondheidswetenschappen en Sociale Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen

## Addendum

### *Doel ACPV*

Het doel van het ACPV is om private verzekeringsgeneeskundige kennis te ontwikkelen ten behoeve van arbeidsongeschiktheids-, levens-, en letselschadeverzekeringen. Het ACPV wil daarmee een bijdrage leveren aan de wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied om de kwaliteit van het handelen van professionals in dit veld te bevorderen. Het academisch centrum wil wetenschappelijke kennis ontwikkelen door onderzoek te initiëren, uit te voeren of te coördineren en door resultaten van wetenschappelijk onderzoek beschikbaar te stellen en te implementeren in het private verzekeringsgeneeskundige beroepsveld. Dit betekent dat de activiteiten van het ACPV gericht zijn op onderzoek en onderwijs en het leveren van een bijdrage aan het implementeren van nieuwe kennis in de verzekeringsgeneeskundige praktijk.<sup>6</sup>

### *Werkterrein medisch adviseur*

De geneeskundig of medisch adviseur werkt in de private of particuliere verzekeringsgeneeskunde. Deze voert beoordelingen uit van de gezondheidstoestand van betrokkene in de ruimste zin van het woord ten behoeve van particuliere arbeidsongeschiktheids-, levens-, en letselschadeverzekeringen. Medische beoordelingen worden gedaan op het moment van het afsluiten van een particuliere verzekering omwille van het verkrijgen van toegang tot dergelijke verzekeringen (acceptatie van AOV en Leven). Daarnaast wordt er medisch advies gegeven als er een beroep wordt gedaan op de uitkering vanuit een verzekering, b.v. bij arbeidsongeschiktheid (AOV) of bij letsel (letselschadeverzekering). Na een ongeval kan ook arbeidsongeschiktheid optreden. Het adviseren over re-integratie en preventie behoort tevens tot de taak van de medisch adviseur.

Na toekenning van een uitkering kunnen medisch adviseurs periodiek een medische herbeoordeling van het beroep op een uitkering uitvoeren. Bij een beroep op uitkering van een verzekering worden de medische (her)beoordelingen regelmatig gecombineerd met arbeidskundige en/of financieel-juridische (her)beoordelingen die uitgevoerd worden door andere professionals. De beslissingsbevoegdheid om een verzekerde te accepteren of vergoeding toe te kennen ligt bij de verzekeraar.

Het werkterrein van de medisch adviseur is breder dan het werkterrein van de verzekeringsarts in het publieke domein. De publieke verzekeringsgeneeskunde is gericht op de beoordeling en begeleiding van ziekteverzuimen arbeids(on)geschiktheid conform de (wettelijke) arbeidsongeschiktheidsregelingen.

<sup>6</sup> ACPV. Oprichtingsnotitie "Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde". Groningen: ACPV, 2012.

Een ander belangrijk verschil zit in de aard van het werk. Het al of niet accepteren van een cliënt als verzekerde c.q. toegang verlenen tot een verzekering is bij particuliere verzekeringen veelal de start van de relatie met de verzekeraar. Bij de publieke arbeidsongeschiktheidsverzekeringen speelt dit geen rol en wordt iedere werknemer toegelaten. Voorts kan bij het beoordelen van een beroep op de verzekering bij de particuliere verzekeringen de causaliteitsvraag een belangrijke rol spelen (i.c. is het huidige letsel of de daaraan toegeschreven beperkingen veroorzaakt door het aangeduide ongeval of was het reeds aanwezig of zonder ongeval ook ontstaan), terwijl die vraag veelal irrelevant is voor een beoordeling van een beroep op de arbeidsongeschiktheidsregeling in het publieke domein. In het particuliere domein worden voorts zogenaamde beroepspolissen afgesloten. Daarbij wordt het verlies van inkomen ten gevolge van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid voor de uitoefening van het 'eigen beroep' van betrokkene verzekerd.

Medisch adviseurs zijn veelal als werknemer in dienst bij een particuliere verzekeraar of bij een zelfstandig medisch adviesbureau. Daarnaast zijn er medisch adviseurs werkzaam als zelfstandig ondernemer en werken als zodanig in opdracht van particuliere verzekeraars, rechtshulpverleners, advocaten of andere partijen.

### *Kwaliteit medisch advies en maatschappelijk verantwoord verzekeren*

Alle medisch adviseurs hebben, al dan niet in dienstverband, een zelfstandige medische verantwoordelijkheid en professionele autonomie. Medisch adviseurs worden geacht zich te houden aan de beroepscode voor Geneeskundig Adviseurs werkzaam in Particuliere Verzekeringszaken en/of Personenschadezaken (versie 24 mei 2011).<sup>7</sup>

Onderdeel van de beroepscode vormt artikel 4, lid 1: "De medisch adviseur werkt volgens de professionele standaard zoals die geldt voor geneeskundig adviseurs. Hij gaat bij de formulering van zijn beoordeling/onderbouwing van zijn advies uit van de huidige stand van de medische wetenschap en houdt rekening met relevante medische literatuur.

Daarnaast houdt hij zich aan wet- en regelgeving en houdt hij rekening met de eigen beroepscode en de op zijn werkterrein algemeen geldende standaarden en richtlijnen." De beroepscode van medische adviseurs veronderstelt dat er op het eigen vakgebied sprake is van wetenschappelijke kennisontwikkeling en dat een vertaling daarvan plaatsvindt in professionele standaarden en richtlijnen. Toepassing van standaarden en richtlijnen dan

<sup>7</sup> GAV. Beroepscode voor Geneeskundig Adviseurs werkzaam in Particuliere Verzekeringszaken en/of Personenschadezaken. Utrecht: GAV, 2011.

wel een beargumenteerde afwijking daarvan is noodzakelijk voor een goed onderbouwd, transparant, betrouwbaar en up-to-date medisch advies.

Een dergelijk medisch advies levert beter beargumenteerde beslissingen op van de verzekeraar omtrent acceptatie en vergoeding. Verwacht mag worden dat dit ook een rol speelt in geval van bezwaar en beroep. Meer transparantie door een beter onderbouwd medisch advies draagt naar verwachting ook bij aan het consumentenvertrouwen in verzekeraars en sluit aan bij principes voor maatschappelijk verantwoord ondernemen door toepassing van gedragscodes van de verzekeringsbranche, zoals de Gedragscode Verzekeraars<sup>8</sup>, Gedragscode Behandeling Letselschade (2012) opgesteld door de Letselschaderaad<sup>9</sup>, Protocol Verzekeringskeuringen<sup>10</sup> en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen.<sup>11</sup> Dergelijke gedragscodes geven duidelijkheid over en houvast voor de procedurele kwaliteit van het handelen van onder andere de medisch adviseur, en hebben steeds betrekking op andere aspecten dan de medisch inhoudelijk kwaliteit. De gedragscodes scheppen duidelijkheid over de te volgen stappen, communicatiemomenten, redelijke termijnen en de benodigde professionele houding in het beoordelingsproces van acceptatie of vergoeding en wat partijen daarbij in redelijkheid van elkaar mogen verwachten omtrent bijvoorbeeld informatieverzoeken.

Een evidence-based medisch advies verschaft daarnaast meer inzicht en transparantie voor cliënten en claimanten en draagt daarmee bij aan meer duidelijkheid en zekerheid. Behalve dat een medisch advies zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd en up-to-date moet zijn, kan nieuwe kennis ook leiden tot een beter onderbouwde en meer zorgvuldige premiestelling of schadelastbeheersing. Als actuele sterftcijfers een (gunstiger) overlijdensrisico bij diverse vormen van kanker laten zien kan dat redelijkerwijs tot een lagere premiestelling leiden en daarmee tot een hogere mate van toegankelijkheid van levensverzekeringen. Of, wanneer een up-to-date medisch advies over het gebruik van ‘evidence-based’ interventies de verzuimduur van een cliënt met een psychische aandoening verkort dan wordt daarmee de schadelast van zowel verzekerde als verzekeraar beperkt.

Samenvattend, een evidence-based medisch advies draagt bij aan meer transparantie, een hogere klanttevredenheid een meer zorgvuldige premiestelling of schadelastbeheersing en een toename van de betrouwbaarheid van de verzekeraar. Zowel medisch adviseurs als verzekeraars hechten hieraan. Hun klanten mogen erop vertrouwen dat de medisch adviseurs werken volgens de laatste wetenschappelijke inzichten.

8 Verbond van Verzekeraars. Gedragscode Verzekeraars. Den Haag: Verbond van Verzekeraars, 2011.

9 De Letsel Schaderaad. Gedragscode Behandeling Letselschade. Den Haag: De Letsel Schaderaad, 2012.

10 Verbond van Verzekeraars. Protocol Verzekeringskeuringen. Den Haag: Verbond van Verzekeraars, 2012.

11 Verbond van Verzekeraars en Nederlandse Vereniging van Banken. Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen, Den Haag: Verbond van Verzekeraars, 2010.

### *Opleiding tot medisch adviseur*

De beroepsopleiding voor verzekeringsgeneeskundigen en medisch adviseurs die wordt aangeboden door de NSPOH is recentelijk in samenspraak met GAV vernieuwd. De opleiding sluit nu beter aan bij het gehele publieke en private werkveld van de verzekeringsarts. Het met goed gevolg afronden van deze beroepsopleiding leidt tot inschrijving in het Register Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG als specialist arbeid en gezondheid – verzekeringsgeneeskunde. Daarna kan de verzekeringsarts de opleiding volgen tot Register Geneeskundig Adviseur (RGA). Dit betreft op dit moment een beschermde beroepsverenigingsregistratie. Behalve de opleiding zijn er nog andere registratie-eisen, waaronder het werkzaam moeten zijn in de private verzekeringsgeneeskunde. Na deze opleiding en indien aan alle registratie-eisen wordt voldaan kan de verzekeringsarts verzoeken te worden ingeschreven in het register voor geneeskundig adviseurs (RGA).

Om te zorgen voor voldoende instroom en vernieuwing van de verzekeringsgeneeskundige beroepsgroep is het van belang beter zichtbaar te worden in de initiële opleiding tot basisarts. Via het UMCG als opleidingsziekenhuis in de noordelijke regio van Nederland en mede-initiatiefnemer van het ACPV kunnen studenten geneeskunde in een vroeg stadium kennis maken met het specifieke werkveld van de verzekeringsarts in zowel het publieke als private domein. Op basis daarvan kunnen zij vervolgens onder andere kiezen voor een verzekeringsgeneeskundige specialisatie. Ook in andere academische ziekenhuizen is een dergelijke inbedding van de verzekeringsgeneeskunde in de initiële opleiding tot arts nodig.

Naar verwachting kan een betere zichtbaarheid in de initiële opleiding ook bijdragen aan meer inzicht en begrip voor het verzekeringsgeneeskundige werkveld bij later curatief werkende collega's. Dit inzicht en begrip is vooral van belang om de informatie-uitwisseling met verzekeringsgeneeskundigen conform de daarvoor geldende (KNMG-) regels soepel te laten verlopen. Informatie over de prognose en het verloop van de (curatieve) begeleiding en behandeling is voor de medisch adviseur nodig om de adequaatheid van het herstelgedrag van een verzekerde die een beroep doet op een uitkering te kunnen beoordelen. Vanwege de reeds lang bestaande scheiding in de Nederlandse gezondheidszorg tussen behandeling (o.a. curatieve artsen) en controle (i.c. verzekeringsartsen) is een goede informatie-uitwisseling nog altijd niet vanzelfsprekend. Dit vergt continue aandacht naast wederzijds inzicht in elkaars positie en begrip voor elkaars vakgebied.

## *Richtlijnen*

Het opstellen en periodiek actualiseren van verzekeringsgeneeskundige standaarden en richtlijnen voor de medisch adviseur is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep (GAV). Tot nu toe zijn er nauwelijks verzekeringsgeneeskundige standaarden en richtlijnen, toegespitst op het medisch advies in de particuliere sector. De thans beschikbare standaarden en richtlijnen zijn óf afkomstig van de particuliere verzekeraar en vooral procedureel van aard óf afkomstig van de zusterberoepsvereniging van verzekeringsartsen (NVVG) en het UWV, en ontwikkeld voor toepassing en gebruik in de publieke sector met betrekking tot verzuim en arbeids(on)geschiktheid. Tevens wordt gebruik gemaakt van de kennis uit reeds ontwikkelde standaarden en richtlijnen voor bedrijfsartsen (NVAB) en curatieve artsen (o.a. NHG, CBO). Het ACPV wil graag op verzoek van betrokken partijen wetenschappelijke input verlenen bij de formulering van standaarden en richtlijnen. Het zal daarbij gebruik maken van de evidence-based methodiek (AGREE) voor richtlijnontwikkeling.<sup>12</sup>

12 Brouwers MC ed. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE). Hamilton (Canada): The AGREE Next Steps Consortium, 2009.



Academisch Centrum voor  
Private Verzekeringsgeneeskunde



rijksuniversiteit  
groningen



umcg



[www.acpv.nl](http://www.acpv.nl)