

Aanvraag akkoordverklaring Medisch-specialistische Revalidatie zonder opname

Zorgverzekeraars mogen alleen zorg vergoeden die tot het verzekerde pakket behoort en die doelmatig is. Voor sommige zorg zoals Medisch-specialistische Revalidatie (MSR) zonder opname staat daarom in onze polisvoorwaarden dat vooraf onze toestemming nodig is. Daarmee is duidelijk of we de behandeling wel of niet vergoeden. Deze toestemming noemen we ook wel machtiging of akkoordverklaring. Geven wij een akkoordverklaring af? Dan komt de zorg voor rekening van de verzekering.

U leest in deze leidraad wanneer en hoe u passende informatie verstrekt voor een akkoordverklaring.

Ook leest u welke informatie we bij een aanvraag nodig hebben en waarom.

Er zijn 2 mogelijkheden: de verzekerde gaat naar een gecontracteerde of ongecontracteerde zorgverlener.

1. De verzekerde gaat naar een gecontracteerde zorgverlener.

Dan hoeft deze zorgverlener geen akkoordverklaring aan te vragen. Want hij beoordeelt op dezelfde manier als Zilveren Kruis of de behandeling tot het verzekerde pakket behoort en doelmatig is. De verzekerde hoeft zelf ook geen akkoordverklaring aan te vragen. Op onze [Zorgzoeker](#) staan de zorgverleners die een contract met ons hebben.

2. De verzekerde gaat naar een zorgverlener die geen contract met ons heeft De revalidatiearts beoordeelt of MSR voor de verzekerde een geschikte behandeling is. Meestal vraagt de arts de akkoordverklaring namens de verzekerde aan. Aan de hand daarvan beoordelen wij of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt.

Wij vergoeden MSR als er wetenschappelijk bewijs is van de effectiviteit van de behandeling bij de beschreven klachten (MSR voldoet bij deze diagnose/klachten aan 'de stand van wetenschap en praktijk'). Als de verzekerde in de specifieke situatie redelijkerwijs op die zorg aangewezen is en de te verlenen zorg doelmatig is. Oftewel passende zorg voor de situatie met een medische indicatie voor MSR. Onnodig dure of uitgebreide zorg voor de klachten die het betreft, vallen buiten de dekking van de verzekering. Om te beoordelen of uw machtigingsaanvraag aan onze vereisten voldoet hebben wij van u informatie nodig.

Voorzie uw aanvraag akkoordverklaring daarom van alle benodigde informatie. Heeft u geen contract met ons? Voor de beoordeling vragen we van u de volgende documenten:

1. Gedateerde en ondertekende verwijsbrief op het briefpapier van de praktijk met BIG-nummer van de verwijzer

Op grond van de Zorgverzekeringswet moet de verzekerde eerst naar een huisarts of een andere zorgverlener die we noemen in onze verzekeringsvoorwaarden bij Revalidatiezorg.

2. Een ingevuld aanvraagformulier waarbij wij u vragen de volgende informatie op te nemen dan wel toe te lichten.

Daarbij is het van belang dat de aanvraag niet meer informatie bevat dan noodzakelijk. Maar die informatie moet wel navolgbaar zijn voor onze medisch adviseur.

a. Ondertekende indicatiestelling van de revalidatiearts

Deze hanteren we als uitgangspunt.

b. Klinische redenering van de revalidatiearts

Waaruit blijkt dat MSR voor de specifieke situatie een geschikte behandeling is. Het moet voor onze medisch adviseur voldoende te volgen zijn. Dat wil zeggen: u neemt als het ware onze medisch adviseur mee in uw gedachtegang. Voor de klinische redenering zijn de volgende aspecten van belang:

- **Informatie over de diagnose en/of een beschrijving van de belangrijkste klachten.**
Goed om te weten: het is onvoldoende als er alleen gesteld wordt dat sprake is complexe problematiek
- **Beschrijving van de multi-problematiek die noodzakelijk is om de klinische redenering te volgen**
Het gaat om problemen die de verzekerde ervaart op gebied van bewegen, gevoel, cognitie, spraak, taal en/of gedrag en de samenhang ertussen. En in hoeverre de mate van ernst van de klachten de verzekerde belemmeren of beperken in belangrijke dagelijkse activiteiten en/of sociale leven.
Goed om te weten: alleen als de verzekerde problemen heeft op verschillende terreinen, kan er een indicatie zijn.
- **Informatie over de (1ste lijns)behandelgeschiedenis van de verzekerde** Bij de beoordeling kijken we of het principe van stepped care is toegepast. Dat een patiënt niet uitgebreider behandeld wordt dan nodig is en gestart is met de eenvoudigste behandeling. Licht u daarom toe welke behandelingen in de 1^{ste} lijn hebben plaatsgevonden, met welk doel en waarom de behandeling geen afdoende resultaat bood. Hierbij gaan wij ervanuit dat u zich onder meer baseert op behandelverslagen van minder dan een jaar geleden. Of geef een uitleg waarom eenvoudigere behandelingen zijn overgeslagen.
- **Een voorstel van de revalidatiearts voor een Diagnose Behandel Combinatie - Zorgproduct (DBC-ZP)**
Daarin komt de doelmatigheid van de voorgestelde behandeling tot uitdrukking. Het voorstel bevat daarmee de informatie om dat aspect van de uitvoering van de zorgverzekering te toetsen.

Hoe behandelen we uw aanvraag?

We bepalen of de redenering navolgbaar is.

Wij gaan uit van de indicatie van de behandelend revalidatiearts. Of de redenering navolgbaar is, bepalen we aan de hand van de professionele standpunten en richtlijnen van uw beroepsgroep en het standpunt van [Zorginstituut Nederland \(27 juni 2023\)](#). Daarin staat voor welke gevallen MSR geïndiceerd is en in welke situaties bepaalde zorg als doelmatig kan worden beschouwd.

Denk ook aan het rapport [Medisch specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden](#), het [Standpunt Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij patiënten met chronische pijn](#), de nota [Indicatiestelling Medisch-specialistische Revalidatie](#), het [Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde](#) en de [Zorgstandaard Chronische Pijn](#).

Op basis van de navolgbaarheid, bepalen we of de behandeling wel of niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Is de aanvraag onvoldoende navolgbaar? Dan vragen we u of de verzekerde om aanvullende informatie toe te sturen

Bijvoorbeeld behandelverslagen van eerstelijns behandelaars die noodzakelijk kunnen zijn om te toetsen of stepped care is gevolgd. Deze behandelverslagen dienen voorzien te zijn van datering, BIG-nummer, ondertekening en op briefpapier van de praktijk aangeleverd te worden. Voor stepped care in het kader van chronische pijn kunnen ook de oefentherapeut Cesar en Mensendieck ondertekenen indien aantoonbaar gemaakt wordt dat de behandelaar lid is van het landelijk Netwerk Chronische Pijn. Ook kunnen wij u vragen om het huisartsenjournal toe te sturen omdat dit vaak helderheid geeft over het voortraject van de verzekerde. Daarbij motiveren we waarom we deze aanvullende informatie nodig hebben. Als onze medisch adviseur vervolgens op basis van de beschikbare informatie oordeelt dat de behandeling (waarschijnlijk) niet voor vergoeding in aanmerking komt of de passende informatie niet krijgt, neemt hij uit zorgvuldigheid contact op met de revalidatiearts voor een mondeling gesprek. Daarna geeft hij advies. Als wij uiteindelijk van oordeel zijn dat de aanvraag onnavolgbaar is of als de noodzakelijke gegevens ontbreken, dan zijn we helaas genoodzaakt de aanvraag af te wijzen.

Laatst vastgesteld op 15 maart 2024

