

Onderwerp **MACHTIGINGENBELEID MSR BIJ INDICATIE 'CHRONISCHE PIJN'**

1 INLEIDING

- 1 Binnen het indicatiegebied “specifieke dan wel aspecifieke chronische klachten en/of vermoeidheid en/of psychische stoornissen (al dan niet gedeclareerd onder ‘aandoeningen aan het bewegingsapparaat’)” heeft Zilveren Kruis sinds 1 januari 2019 een machtigingsbeleid ingevoerd.
- 2 Met een machtiging krijgt de verzekerde (en de zorgaanbieder) vooraf duidelijkheid over de vraag of zorgkosten worden vergoed. Op die manier wordt doorgaans voorkomen dat achteraf geld moet worden teruggevorderd. Zilveren Kruis verleent een machtiging uitsluitend als aanspraak bestaat op MSR omdat die zorg rechtmatig en doelmatig wordt geacht voor de betreffende verzekerde.
- 3 Dit memorandum geeft antwoord op de volgende vragen:
 - (a) Onder welke voorwaarden kan een machtiging voor MSR worden gegeven?
→ Zie Hoofdstuk 3
 - (b) Binnen welke termijn moet een MSR-behandeling zijn afgerond?
→ Zie Hoofdstuk 4
 - (c) Wanneer wordt welke initiële DOT voor MSR gemachtigd?
→ Zie Hoofdstuk 5.1
 - (d) Wanneer wordt een tweede DOT voor MSR gemachtigd?
→ Zie Hoofdstuk 5.2
 - (e) Wanneer wordt een gemachtigde korte DOT omgezet in een lange DOT?
→ Zie Hoofdstuk 5.3

2 BEGRIPPENKADER

- 4 Prestaties in de MSR zijn door de NZa vastgesteld aan de hand van aantallen behandelingen. Die prestaties kunnen aan de hand van verschillende DOTs worden gedeclareerd (en dus gemachtigd), waaronder:
 - (a) “Intake-DOT” 14E490 (“Behandeling door revalidatiearts en/of een of meerdere zorgverleners met meer dan 4 tot maximaal 9 behandelingen bij revalidatiebehandeling”);
 - (b) “Korte DOT” 14D838 (“Behandeling met een of meerdere zorgverleners tot maximaal 48 behandelingen bij chronische pijn of een psychische stoornis”)

Memo

- (c) "Lange DOT" 14D837 ("Behandeling met een of meerdere zorgverleners met meer dan 48 tot maximaal 130 behandeluren bij chronische pijn of een psychische stoornis")

3 DE ZORGREGULATOIRE DRIETRAPSRAKET

5 Een verzekerde kan op grond van de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering uitsluitend aanspraak maken op een bepaalde vorm van zorg, zoals MSR, indien:

- (a) het gaat om een vorm van zorg zoals – in dit geval – medisch specialisten (revalidatieartsen) die plegen te bieden, zoals ingevuld in de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar;
- (b) de vorm van zorg behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk; en
- (c) de verzekerde op die vorm van zorg redelijkerwijs is aangewezen.

6 De beantwoording van de vraag of een verzekerde aanspraak heeft op MSR wordt altijd aan de hand van deze drietrapsraket beantwoord en is dus hetzelfde voor alle zorgaanbieders, ongeacht of het een gecontracteerde of niet-gecontracteerde aanbieder is. Het verschil is (uitsluitend) dat bij een gecontracteerd aanbieder achteraf wordt getoetst of aan deze voorwaarden is voldaan, terwijl bij een niet-gecontracteerde aanbieder deze toets vooraf – immers bij de beoordeling van de machtigingsaanvraag – wordt uitgevoerd.

7 Een verzekerde heeft op grond van deze drietrapsraket uitsluitend aanspraak op MSR wanneer:

- (a) de uitgangspunten van stepped care in acht zijn genomen en sprake is van zorg die wordt geleverd onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts, in een interdisciplinair team, volgens de richtlijnen van de Nota Indicatiestelling en het ABK en sprake is van een verzekerde die vanwege de complexe samenhang van zijn of haar problemen niet in de eerste lijn kan worden behandeld en
- (b) sprake is van een verzekerde:
 - (i) bij wie alle mogelijke eerstelijnsbehandelingen voldoende zijn geprobeerd en
 - (ii) waarbij een duidelijk noodzaak van geïntegreerde zorg onder expertise van een in dat domein deskundige revalidatiearts bestaat, en
 - (iii) bij wie samenloop bestaat van lichamelijke klachten met psychologische klachten en

Memo

- (c) navolgbaar (in de zin van: 'te volgen'/inzichtelijk) is dat en waarom de betreffende verzekerde volgens de revalidatiearts redelijkerwijze is aangewezen op MSR (is de voorgestelde MSR doelmatig en omvat zij niet meer dan nodig is?).¹

8 Zilveren Kruis verlangt daarnaast de volgende documenten bij een machtigingsaanvraag:

- (a) Een verwijsbrief van een arts en het huisartsenjournaal. Een beschrijving van de aard en duur van de klachten en, indien beschikbaar, de medische diagnose (bij voorkeur in ICD 10 terminologie).
- (b) Een duidelijke weergave van het doorlopen voortraject, dit moet bevatten:
 - (i) de therapie (in aard, duur en intensiteit) die gegeven is voor de lichamelijke klachten,
 - (ii) de therapie (in aard, duur en intensiteit) die gegeven is voor de psychosociale en/of gedragsmatige factoren die de lichamelijke klachten in stand houden of verergeren,
 - (iii) brieven van de behandelaren in de eerste lijn over de indicatie, het aantal behandelingen en de resultaten daarvan.
- (c) Een duidelijke onderbouwing voor het feit dat tweedelijns zorg (MSR) op dit moment het meest doelmatig is, met een toelichting waarom (gecombineerde) eerstelijnszorg niet (meer) tot een goed resultaat zal leiden. Ofwel: Een duidelijke onderbouwing waarom niet verwacht mag worden dat op doelmatige wijze herstel bereikt kan worden zonder MSR.
- (d) De te verwachten inzet (in uren) van de verschillende behandel disciplines die betrokken zullen worden bij het MSR-traject en de doelen die behaald zouden moeten worden of verwacht worden bereikt te zullen worden.

4 MSR-BEHANDELING MOET ZIJN AFGEROND BINNEN 120 DAGEN

9 Op grond van de Regeling medisch-specialistische zorg van de NZa (thans NR/REG-2001a) wordt een DOT altijd gesloten 120 dagen nadat hij geopend is. Dat geldt ook voor MSR. Een DOT in de MSR wordt dus afgesloten:

- (a) nadat de behandeling is afgerond;

¹ Zilveren Kruis toetst dus niet of de medische indicatie juist is gesteld, maar wel of de verzekerde aanspraak heeft op de voorgestelde MSR. Zilveren Kruis of aan het indicatievereiste is voldaan. Van de medische indicatie vindt Zilveren Kruis niets, van de het indicatievereiste (de vraag of de verzekerde redelijkerwijze is aangewezen op MSR en dus de vraag of er een verzekeringsrechtelijke aanspraak op MSR bestaat) juist wél.

Memo

- (b) op de 42e dag na de datum waarop de laatste revalidatiegeneeskundige zorgactiviteit heeft plaatsgevonden of
- (c) maximaal 120 dagen na opening (dit kan zich voordoen wanneer de MSR-behandeling niet binnen 120 dagen is afgerond).

10 Uitgangspunt is dat (ook vanuit medisch-inhoudelijk perspectief) een MSR-behandeling voor de indicatie 'chronische pijn' wordt afgerond binnen 120 dagen (uitzonderingen daargelaten, waarover meer hieronder).

Ter onderbouwing: het Algemeen Beroepskader MSR en de Nota Indicatiestelling van de VRA definiëren interdisciplinaire MSR als volgt:

"De behandeling kan poliklinisch, ambulante of klinisch plaatsvinden, is intensief, doel- en resultaatgericht, kent een breed palet aan specialistische interventies en kenmerkt zich door de geïnstitutionaliseerde interdisciplinaire samenwerking onder directe leiding en verantwoordelijkheid van de revalidatiearts".

Het Position Paper Medisch Specialistische Revalidatie bij chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat van de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland van de VRA en WPN formuleert als (absolute) contra-indicatie voor een MSR-behandeling:

"De patiënt is onvoldoende belastbaar om een actieve behandeling te kunnen volgen. "

en stelt daarnaast:

"Klinische revalidatie geniet veelal de voorkeur boven poliklinische behandeling (...) bij een zodanig laag belastbaarheidsniveau van patiënt dat een poliklinische behandeling fysiek/mentaal niet haalbaar is"

11 Hieruit vloeit voort dat als uitgangspunt heeft te gelden dat indien de verzekerde onvoldoende belastbaar is om een MSR-behandeltraject binnen 120 dagen af te ronden, hij in beginsel niet is aangewezen op MSR. Bij het goedkeuren van een machtigingsaanvraag wordt ook aangegeven dat de MSR-behandeling in beginsel binnen 120 dagen moet zijn afgerond.

NB: MSR voor de indicatie 'chronische pijn' kenmerkt zich door de korte en intensieve aard van de behandeling. Zilveren Kruis gaat ervan uit dat zorginstellingen ernaar streven dat de behandeling van een verzekerde zo snel mogelijk wordt afgerond. De verzekerde heeft immers recht op zorg die veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de verzekerde. De behandelaars zijn tot het leveren van dergelijke zorg op grond van hun geneeskundige behandelingsovereenkomst ook verplicht.

5 PRAKTISCHE TOEPASSING

5.1 Wanneer wordt welke initiële DOT gemachtigd?

12 Zilveren Kruis moet een machtigingsaanvraag kritisch toetsen. Zilveren Kruis moet dus kritisch toetsen of aan de vereisten van de zorgregulatorische drietrapsraket is voldaan. De vraag of een korte of lange DOT moet worden gemachtigd is afhankelijk van het antwoord op de vraag of de verzekerde redelijkerwijze is aangewezen op een prestatie van minder of meer dan 48 uren MSR.

13 Indien een lange DOT wordt aangevraagd, zal de medisch adviseur van Zilveren Kruis moeten bezien of alle gevraagde gegevens zijn overgelegd en kritisch moeten toetsen of, gelet op alle overgelegde gegevens, voor hem of haar inzichtelijk/'te volgen' is dat de verzekerde, gelet op zijn indicatie en voorgeschiedenis, inderdaad reeds nu redelijkerwijze is aangewezen op een MSR-behandeling die meer dan 48 uren in beslag zal nemen²:

(a) Indien dat wel het geval is, dan moet de lange DOT worden gemachtigd. Daarbij wordt vermeld dat de MSR-behandeling in beginsel binnen 120 dagen moet zijn afgerond. In de praktijk zal het slechts in uitzonderingsgevallen reeds vanaf het begin inzichtelijk/'te volgen' zijn dat een verzekerde aanspraak heeft op de MSR-prestatie van meer dan 48 uren MSR.

(b) Indien dat niet het geval is, dan moet de korte DOT worden gemachtigd. Daarbij wordt vermeld dat de MSR-behandeling in beginsel binnen 120 dagen moet zijn afgerond. Het op voorhand aangeven van het aantal uren MSR dat een verzekerde nodig zal hebben is geen 'in steen gebeitelde' exercitie, zeker niet waar gewerkt word met gemiddelde aantallen behandeluren.

5.2 Wanneer wordt een tweede DOT gemachtigd?

14 Uitgangspunt is dat de MSR-behandeling binnen de maximale looptijd van de gemachtigde DOT (120 dagen) wordt afgerond, zie hiervoor. Indien dat niet het geval is, dan zal Zilveren Kruis de machtigingsaanvraag voor een tweede DOT afwijzen, op de grondslag dat uit een dergelijke machtigingsaanvraag blijkt dat de verzekerde niet redelijkerwijze op de voorgestelde MSR is aangewezen (de verzekerde blijkt onvoldoende belastbaar om een MSR-traject te doorlopen dat binnen 120 dagen is afgerond), tenzij er een medisch zwaarwegende reden is om de behandeling na 120 dagen te laten doorlopen.

15 Bij wijze van hoge uitzondering kunnen zich situaties voordoen waarin de MSR-behandeling van een verzekerde, op medisch-inhoudelijke gronden, toch langer dan

² Concreet is de vraag: "is die prestatie doelmatig en omvat zij niet meer dan nodig is?".

Memo

120 dagen moet duren. Indien dat het geval is, dan zal Zilveren Kruis de betreffende revalidatiearts verzoeken om goed gemotiveerd te onderbouwen waarom een MSR-behandeling van langer dan 120 dagen noodzakelijk is:³

- (a) Indien voor Zilveren Kruis **wel** navolgbaar is dat de betreffende verzekerde inderdaad is aangewezen op een MSR-behandeling van langer dan 120 dagen, dan zal Zilveren Kruis in een dergelijk uitzonderingsgeval de tweede DOT machtigen, volgens de in hoofdstuk 5.1 genoemde regels.
- (b) Indien voor Zilveren Kruis **niet** navolgbaar is dat de betreffende verzekerde is aangewezen op een MSR-behandeling van langer dan 120 dagen, dan zal in een dergelijke situatie de tweede aangevraagde DOT niet worden gemachtigd.

16 De prestaties 14E489, consultair en/of maximaal 4 gewogen behandeluren en 14E490, beperkt behandelen (maximaal 9 gewogen behandeluren) hoeft u als ongecontracteerde instelling niet aan te vragen indien deze behandelingen plaatsvinden in het kader van de intake van een verzekerde. Indien u reeds een prestatie 14D838 of 14D837 heeft gedeclareerd voor een verzekerde, dan dient ook voor prestaties 14E489 en 14E490 een machtiging te worden aangevraagd

5.3 Wanneer wordt een gemachtigde korte DOT omgezet in een lange DOT?

17 Het kan voorkomen dat door Zilveren Kruis een machtiging is gegeven voor een korte DOT en dat tijdens de looptijd van die DOT blijkt dat toch meer behandeluren nodig zijn.

18 In een dergelijk geval kan de revalidatiearts Zilveren Kruis gemotiveerd verzoeken om de machtiging voor de korte DOT om te zetten in een lange DOT. Bij de beoordeling van dat verzoek moet worden beoordeeld of de verzekerde bij de huidige stand van zaken redelijkerwijze is aangewezen op een MSR-behandeling die meer dan 48 uren in beslag zal nemen. Onderdeel van die beoordeling moet zijn of de (langere) MSR-behandeling nog steeds binnen 120 dagen zal worden afgerond (of de verzekerde nog steeds voldoende belastbaar is om het langere MSR-traject binnen de oorspronkelijke 120 dagen af te ronden).

- (a) Indien dat **wel** het geval is, dan wordt de machtiging voor de korte DOT omgezet in een machtiging voor de lange DOT. Daarbij wordt vermeld dat de MSR-behandeling nog altijd in beginsel binnen 120 dagen moet zijn afgerond.
- (b) Indien dat **niet** het geval is, dan wordt de korte DOT niet omgezet in de lange DOT, op de grondslag dat uit een dergelijke machtigingsaanvraag blijkt dat de verzekerde niet redelijkerwijze op de voorgestelde MSR is aangewezen.

* * *

Memo

³ Dit beleid geldt ook voor de gecontracteerde MSR-instellingen, die hierop vooraf in de inkoopgesprekken zullen worden gewezen en die achteraf via materiële controles zullen worden gecontroleerd.