

# Medisch Specialistische Verpleging in de Thuissituatie

Impact van een nieuwe duiding

Amsterdam, 27 oktober 2016

## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Inleiding .....</b>	<b>6</b>
1.1. Achtergrond .....	6
1.2. Opdracht .....	6
1.3. Leeswijzer .....	7
<b>2. Wat is de huidige uitvoeringspraktijk van MSVT?.....</b>	<b>8</b>
2.1. Niet de handeling, maar de verantwoordelijkheid bepaalt of zorg MSVT is.....	9
2.2. Thuiszorgaanbieders zijn de belangrijkste leveranciers van MSVT .....	13
2.3. Verantwoordelijkheid van de specialist voor MSVT bestaat uit vier onderdelen .....	14
<b>3. Welke raakvlakken zijn er tussen MSVT en andere vormen van verpleging thuis? .....</b>	<b>18</b>
3.1. MSVT heeft raakvlakken met gespecialiseerde verpleging, maar overlapt niet volledig	18
3.2. Bij kinderen vallen MSVT en IKZ beide onder verantwoordelijkheid van de specialist..	21
<b>4. Wie ontvangen MSVT? .....</b>	<b>22</b>
4.1. MSVT-patiënten zijn relatief jong, aandeel complexe zorg neemt af met leeftijd.....	22
4.2. Vijf procent MSVT-patiënten heeft Wlz-indicatie: kleine maar relatief dure groep .....	23
4.3. Klein deel MSVT-patiënten zorgt voor groot deel MSVT-kosten .....	26
<b>5. Wat is het effect van de nieuwe duiding?.....</b>	<b>27</b>
5.1. Op grond van de nieuwe duiding verschuift EUR 2-5 mln aan zorg van Zvw naar Wlz ..	27
5.2. Eventuele knelpunten bij uitvoering van de nieuwe duiding vooral bij Wlz-aanbieders.	34
<b>Bijlage A: Geïnterviewde zorgverleners en samenstelling klankbordgroep .....</b>	<b>36</b>
<b>Bijlage B: Indicatieformulier MSVT .....</b>	<b>37</b>
<b>Bijlage C: Resultaten survey .....</b>	<b>39</b>
<b>Bijlage D: Praktische afstemming tussen ziekenhuis en zorgaanbieder bij MSVT .....</b>	<b>43</b>
<b>Bijlage E: Kwantitatieve analyse .....</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage F: Criteria voor directe aansturing per praktijksituatie.....</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage G: Voorbeelden van situaties met en zonder directe aansturing .....</b>	<b>51</b>

## Samenvatting

### Introductie

Medio 2015 heeft het Zorginstituut Nederland (ZIN) een standpunt naar buiten gebracht waarin het beschrijft dat de Wlz-aanspraak in principe alle noodzakelijke verpleging omvat als onderdeel van een samenhangend pakket aan zorg. De enige uitzondering is verpleegkundige zorg onder *directe* aansturing van de medisch specialist: dan komt de verpleegkundige zorg aan Wlz-geïndiceerden ten laste van de Zvw. Omdat de precieze impact hiervan nog onvoldoende duidelijk was hebben NZa en ZIN opdracht gegeven tot een onderzoek met de volgende hoofddoelstellingen:

- Verkrijgen van inzicht in de *aard* en *omvang* van de nu als MSVT geleverde zorg, die op grond van de nieuwe duiding ten laste van de Wlz moet worden gebracht
- Het in kaart brengen van de zorginhoudelijke overeenkomsten en verschillen tussen verpleging in het kader van MSVT, gespecialiseerde verpleging en VP speciaal

Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste resultaten. Deze zijn verkregen door analyse van openbare bronnen, interviews met zorgverleners die veel met MSVT te maken hebben, een korte survey onder thuiszorgaanbieders, kwantitatieve analyse van gegevens van zorgverzekeraars en thuiszorgaanbieders en discussie in een klankbordgroep.

### MSVT in de huidige uitvoeringspraktijk

MSVT is verpleging in de thuissituatie die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. Het gaat om zorg die direct samenhangt met de medisch specialistische behandeling in het ziekenhuis en waarvoor de medisch specialist de eindverantwoordelijkheid niet heeft overgedragen aan de huisarts. MSVT beslaat een breed scala aan zorg, onder te verdelen in hoog- en laagcomplex verpleegkundige handelingen. In 2015 werden er bij de gezamenlijke zorgverzekeraars EUR 101 mln MSVT-kosten gedeclareerd voor ~56.000 patiënten. Het grootste deel (~80% van de patiënten en ~70% van de kosten) viel in de categorie 'laagcomplex'.

Om te bepalen of zorg onder MSVT valt is niet de handeling zelf leidend, maar wie de verantwoordelijkheid draagt voor de verpleegkundige behandeling in de thuissituatie. Of de medisch specialist die verantwoordelijkheid zelf wil behouden hangt af van de ernst van de aandoening, de complexiteit van de situatie en de bekendheid van de huisarts met aandoening, situatie of medicatie.

In de praktijk gebruiken zorgverleners een lijst van meest voorkomende handelingen bij MSVT, het zgn. 'indicatieformulier MSVT'. De handelingen op deze lijst zijn verdeeld in 'hoogcomplex' en 'laagcomplex' handelingen. Het is echter vaak de specifieke situatie en niet zozeer de handeling zelf die de complexiteit bepaalt. Zorgverleners lijken deze lijst als limitatief van aard te zien (als een handeling er niet opstaat, kan het geen MSVT zijn), terwijl dit oorspronkelijk niet de bedoeling was. Het grootste deel van het MSVT-volume (~40%) valt in de categorie 'wondzorg', gevolgd door 'inфуuustechnologie' (~20%). Stomazorg, subcutane injecties en peritoneaal dialyse komen minder vaak voor. Bij de uitvoering van MSVT zijn altijd verpleegkundigen van niveau 4 of 5 betrokken.

De op het indicatieformulier genoemde termijn voor MSVT is maximaal drie maanden, in uitzonderingssituaties zes of twaalf maanden. Na afloop van de indicatie kan de medisch specialist deze twee keer met dezelfde termijn verlengen, daarna moet hij of zij een nieuwe MSVT-indicatie afgeven. Deze termijnen zijn door het veld opgesteld en waren oorspronkelijk bedoeld als handvat, maar zijn min of meer een eigen leven gaan leiden en worden nu als regel geïnterpreteerd. Het beleid rondom verlenging van MSVT verschilt per ziekenhuis, specialist en thuiszorgorganisatie en is niet altijd even duidelijk.

Raakvlakken tussen MSVT en gespecialiseerde (wijk)verpleging

Naast MSVT (Zvw, kader MSZ) kan verpleging in de thuissituatie ook plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van de huisarts als gespecialiseerde verpleging (Zvw, kader Wijkverpleging) of als VP-speciaal (kader Wlz, prestatie in het mpt<sup>1</sup>). Tussen MSVT, gespecialiseerde (wijk)verpleging en VP-speciaal bestaat in de praktijk behoorlijk wat overlap in de uit te voeren handelingen. Een aantal zeer specialistische handelingen komt voornamelijk als MSVT voor, maar de zorg wordt vaak door hetzelfde specialistisch of 'technisch' team geleverd.

Het belangrijkste verschil is dat bij MSVT de medisch specialist eindverantwoordelijk is en bij gespecialiseerde verpleging en VP-speciaal de huisarts. Een ander verschil is dat bij gespecialiseerde verpleging de wijkverpleegkundige (niveau 5) zelf de benodigde zorg indiceert en daar de gehele situatie van de patiënt in betreft, terwijl thuiszorgorganisaties in het geval van MSVT alleen een specifieke opdracht van de medisch specialist uitvoeren.

Vrijwel alle geïnterviewde vinden de administratielast rond MSVT fors, onder andere door verschillen in beleid tussen verzekeraars. Zij geven aan dat het voor hen eigenlijk niet uitmaakt uit welk kader de handelingen betaald worden, als de directe link met het team in het ziekenhuis maar mogelijk blijft, er geen zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde komt te vallen waar deze onvoldoende kennis en ervaring mee heeft en het tarief voldoende is om de zorg voor te kunnen leveren.

Profiel van MSVT-patiënten

Met een gemiddelde leeftijd van 62 jaar is het profiel van MSVT-patiënten aanzienlijk jonger dan dat van patiënten wijkverpleging en met een vrijwel gelijke man/vrouwverdeling is het aandeel vrouwen fors lager. Bij kinderen met MSVT komen complexe handelingen relatief meer voor dan bij volwassenen. Een klein deel (5%) van de MSVT-patiënten zorgt voor een groot deel (40%) van de MSVT-kosten.

Van de MSVT-patiënten woonachtig in de zorgkantorregio's van twee verzekeraars had ~5% een Wlz-indicatie. Deze groep ontving gemiddeld meer MSVT over een langere periode dan patiënten zonder Wlz-indicatie. Onder de MSVT-patiënten met een Wlz-indicatie bevonden zich relatief veel kinderen: 9% was jonger dan 18, terwijl in totaal maar 2% van de Wlz-geïndiceerden in deze leeftijdscategorie valt. Daarnaast maakten deze kinderen gemiddeld hoge MSVT-kosten (EUR 7.800 p.p.p.j.).

Impact van de nieuwe duiding

In de huidige praktijk kunnen Wlz-cliënten *zonder* behandeling of met Wlz-zorg thuis MSVT ontvangen vanuit de Zvw. Volgens de nieuwe duiding moet het deel van die zorg dat niet onder directe aansturing van de medisch specialist valt uit de Wlz betaald worden. Bij directe aansturing moet aan de volgende criteria zijn voldaan:

- 1) De verpleging is onderdeel van de medisch specialistische behandeling
- 2) De medisch specialist vindt het noodzakelijk dat hij/zij direct kan interveniëren in de behandeling
- 3) Geeft concrete en gedetailleerde opdracht over de verpleegkundige zorg
- 4) Regelt actieve informatieverstrekking over het verloop van de behandeling
- 5) Evalueert op grond daarvan de behandeling en stelt die zo nodig bij

---

<sup>1</sup> Deze prestatie met code H106 wordt gespecialiseerde verpleging of VP-speciaal genoemd. Zie beleidsregel CA-BR-1610.

Met deze nieuwe duiding verschuift EUR 2-5 mln aan zorg van Zvw naar Wlz. Dit bedrag is gebaseerd op 1) de MSVT-kosten van patiënten met een gelijktijdige Wlz-indicatie in 2015, verkregen uit de data van twee zorgverzekeraars (EUR 6-7.5 mln) en 2) een inschatting van het aandeel van de nu als MSVT geleverde zorg dat *niet* onder directe aansturing van de medisch specialist valt, verkregen uit de registratie van twee thuiszorgaanbieders (30-65%).

Naast deze verschuiving van Zvw naar Wlz is er ook een groep waar het omgekeerde voor geldt. Wlz-cliënten *met* behandeling kunnen voor het deel van de verpleging onder directe aansturing van de medisch specialist juist aanspraak maken op de Zvw, terwijl deze zorg nu onder de Wlz valt.

Tot slot zijn eventuele knelpunten bij uitvoering van de nieuwe duiding in kaart gebracht. De geïnterviewden verwachten de grootste knelpunten bij Wlz-instellingen. De nu als MSVT geleverde zorg vraagt vaak een hoge deskundigheid, die slechts een klein deel van de Wlz-instellingen zelf in huis heeft. Voor de meeste medewerkers van een Wlz-instelling gaat het om handelingen die zij in hun werk weinig tegenkomen, wat een risico vormt voor de kwaliteit van de zorg. Daarnaast bestaat de vrees dat wanneer Wlz-instellingen deze zorg bij anderen inkopen, dit ten koste zal gaan van de uit hetzelfde budget betaalde ADL-zorg en dagbesteding. De nieuwe duiding kan daarmee een behoorlijke impact hebben op een kleine, maar kwetsbare groep patiënten. Voor thuiszorgaanbieders en ziekenhuizen worden geen grote knelpunten verwacht.

# 1. Inleiding

## 1.1. Achtergrond

Tot eind 2014 vielen Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie (MSVT) en verpleging en verzorging thuis onder verschillende financieringsstromen: MSVT was (en is nog steeds) onderdeel van de Zvw, terwijl overige verpleging thuis onder de AWBZ viel. De invoering van MSVT in de Zvw in 2010 maakte het voor AWBZ-aanbieders mogelijk om zorg thuis te leveren als die gerelateerd was aan medisch specialistische zorg, zonder dat dit ten laste kwam van het AWBZ-budget. In plaats daarvan declareerde de aanbieder de geleverde zorg bij de zorgverzekeraar.

Per 1 januari 2015 is de zorg uit de AWBZ deels ondergebracht binnen de Wlz en deels binnen de Zvw. De langdurige zorg voor mensen die een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben valt onder de Wlz. Verpleging en verzorging thuis zijn overgeheveld naar de Zvw en vallen onder het budgettair kader Wijkverpleging. MSVT valt nog steeds onder het budgettair kader MSZ in de Zvw.

Met de invoering van de Wlz zijn ook de voorrangsregels tussen de verschillende zorgwetten veranderd. Ten tijde van de AWBZ was de Zvw voorliggend, wat betekent dat er geen aanspraak bestond op de AWBZ als de zorg onderdeel uitmaakte van het verzekerde pakket in de Zvw. Tegenwoordig is de Wlz voorliggend op de Zvw, wat betekent dat er geen aanspraak op de Zvw (dus ook niet op MSVT) is als de betreffende zorg deel uitmaakt van het Wlz-pakket.

Medio 2015 heeft het Zorginstituut Nederland (ZIN) een standpunt naar buiten gebracht waarin ze beschrijft dat de Wlz-aanspraak in principe alle noodzakelijke verpleging omvat als onderdeel van een samenhangend pakket aan zorg. De enige uitzondering is verpleegkundige zorg onder *directe* aansturing van de medisch specialist: dan komt de verpleegkundige zorg aan Wlz-geïndiceerden wel ten laste van de Zvw.

Dat betekent dat het voor patiënten met een Wlz-indicatie alleen mogelijk is om ook MSVT te ontvangen wanneer die plaatsvindt onder directe aansturing van de medisch specialist. Door deze striktere afbakening ligt het in de lijn der verwachting dat een deel van de zorg die nu onder MSVT en daarmee de Zvw valt, bij toepassing van deze duiding onder de Wlz zal vallen.

## 1.2. Opdracht

Het ministerie van VWS heeft in afstemming met betrokken partijen geconcludeerd dat er eerst meer duidelijkheid moet komen over de impact van de nieuwe duiding alvorens deze in praktijk te brengen<sup>2</sup>. In opdracht van de NZa en het ZIN heeft Gupta Strategists daarom een onderzoek uitgevoerd met de volgende hoofddoelstellingen:

- Verkrijgen van inzicht in de *aard* en *omvang* van de nu als MSVT geleverde zorg, die op grond van de nieuwe duiding ten laste van de Wlz moet worden gebracht
- Het in kaart brengen van de zorginhoudelijke overeenkomsten en verschillen tussen verpleging in het kader van MSVT, gespecialiseerde verpleging en VP speciaal

---

<sup>2</sup> Zie brief VWS dd 9 december 2015 (kenmerk 881399-145130-LZ)

Om de twee hoofddoelstellingen te bereiken kent dit onderzoek drie deeldoelstellingen:

- 1) Inzicht verkrijgen in de verpleegkundige zorg die als MSVT wordt geleverd (wat is het)
- 2) Inzicht verkrijgen in de patiënten die nu MSVT ontvangen (wie is de patiënt)
- 3) Inzicht verkrijgen in het effect van de nieuwe duiding

Deze rapportage geeft een overzicht van de resultaten op deze doelstellingen. De resultaten zijn verkregen door analyse van openbare bronnen, interviews met zorgverleners die met MSVT te maken hebben<sup>3</sup>, een korte survey onder thuiszorgaanbieders, kwantitatieve analyse van gegevens van zorgverzekeraars en thuiszorgaanbieders en discussie in de klankbordgroep<sup>4</sup>.

### 1.3. Leeswijzer

Dit rapport beschrijft de huidige uitvoeringspraktijk van MSVT en de verwachte gevolgen wanneer de nieuwe duiding van het Zorginstituut in de praktijk wordt gebracht. Hoofdstuk 2 richt zich op de eerste deeldoelstelling en geeft een beschrijving van de zorg die op dit moment onder MSVT valt: om welk type situaties en handelingen gaat het, wie regelt het en wie levert het.

Hoofdstuk 3 gaat vervolgens in op de overeenkomsten en verschillen tussen verpleging in het kader van MSVT, gespecialiseerde verpleging en VP speciaal.

In hoofdstuk 4 werken we de tweede deeldoelstelling uit: hoe ziet de patiëntengroep die nu MSVT ontvangt eruit? Hoe verschilt dat tussen patiënten die hoog- of laagcomplexe MSVT ontvangen en tussen patiënten met en zonder Wlz-indicatie?

In hoofdstuk 5 ten slotte gaan we in op het effect van het standpunt van ZIN op de verschillende groepen die in het kader van hun medisch specialistische behandeling, verpleging in de thuissituatie nodig hebben. We laten zien welk bedrag op grond van de nieuwe duiding van de Zvw naar de Wlz verschuift en welke knelpunten er bij de uitvoering te verwachten zijn.

---

<sup>3</sup> Interviews zijn gehouden met transferverpleegkundigen, medisch en verpleegkundig specialisten en aanbieders van verpleegkundige zorg thuis. Een overzicht is te vinden in Bijlage A.

<sup>4</sup> Voor samenstelling klankbordgroep, zie Bijlage A.

## 2. Wat is de huidige uitvoeringspraktijk van MSVT?

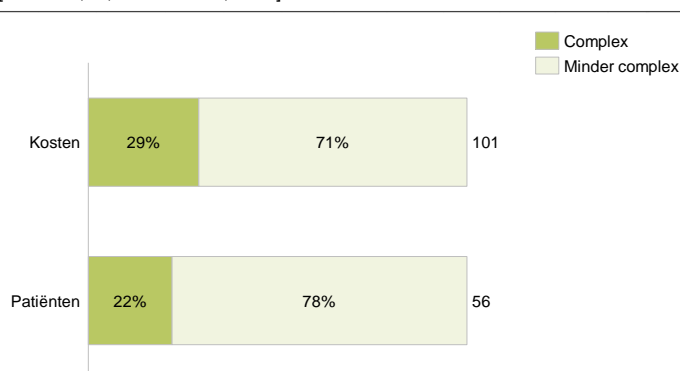
MSVT beslaat een breed scala aan zorg, onder te verdelen in hoog- en laagcomplexere verpleegkundige handelingen. Het grootste deel van het MSVT-volume valt in de categorie 'laagcomplex'. De maximale termijn voor MSVT is drie maanden, maar hier kunnen medisch specialisten onderbouwd van afwijken. Bij de uitvoering zijn altijd verpleegkundigen van niveau 4 of 5 betrokken. Het belangrijkste kenmerk van MSVT is de verantwoordelijkheid van de medisch specialist voor de behandeling thuis. Of de specialist die verantwoordelijkheid zelf wil behouden hangt af van de ernst van de aandoening, de complexiteit van de situatie en de bekendheid van de huisarts met aandoening, situatie of medicatie.

MSVT is verpleging in de thuissituatie<sup>5</sup> die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. Het gaat om zorg die direct samenhangt met de medisch specialistische behandeling in het ziekenhuis en waarvoor de medisch specialist de eindverantwoordelijkheid niet heeft overgedragen aan de huisarts<sup>6</sup>.

MSVT beslaat een breed spectrum aan zorg waarbij het criterium telkens is dat de verpleegkundige zorg thuis plaatsvindt *onder verantwoordelijkheid van* de medisch specialist. Dit is iets anders dan een behandeling *op voorschrift van* de specialist, omdat deze een behandeling kan voorschrijven en de verantwoordelijkheid daarvoor vervolgens kan overdragen aan de huisarts<sup>7</sup>.

Verpleging thuis in verband met thuisbeademing, palliatieve terminale zorg of intensieve kindzorg valt niet onder MSVT.

**MSVT kosten en patiënten in Nederland naar complexiteit**  
[EUR mln, %, aantal \*1000, 2015]



Figuur 1: Kosten en aantallen van patiënten met MSVT in Nederland.

Bron: ZN (codes 19001 en 19002), Vektis (codes 190288, 190289).

Het aantal patiënten is gecorrigeerd voor patiënten die in 2015 zowel complexe als minder complexe MSVT ontvingen.

<sup>5</sup> Onder thuissituatie verstaan we zorg buiten het ziekenhuis, zowel een woonhuis als een zorginstelling zonder toelating tot behandeling. Hoewel de term 'in de thuissituatie' verwarrend kan zijn (zie voor toelichting Hoofdstuk 5), zullen we in dit document wel gewoon de term MSVT gebruiken omdat dat nu eenmaal de gangbare aanduiding van deze zorg is.

<sup>6</sup> NZa, beleidsregel AL/BR-0046

<sup>7</sup> Zie o.a. Handleiding indicatie MSVT (behorend bij het indicatieformulier MSVT)



## 2.1. Niet de handeling, maar de verantwoordelijkheid bepaalt of zorg MSVT is

Er is geen officiële definitie van handelingen die wel en niet onder MSVT vallen. Om te bepalen of zorg onder MSVT valt is dan ook niet de handeling leidend, maar de hierboven beschreven verdeling van de verantwoordelijkheid. Of de medisch specialist die verantwoordelijkheid zelf wil behouden (dan valt de zorg thuis onder MSVT) of over wil dragen aan de huisarts (dan valt de zorg thuis niet onder MSVT) hangt af van een aantal factoren:

- Hoe ernstig of levensbedreigend is de aandoening?
- Hoe risicovol is de verpleegkundige handeling?
- Hoe complex (instabiel, onvoorspelbaar of juist stabiel, voorspelbaar) is de situatie?
- Hoe bekend is de huisarts met de aandoening/situatie/medicatie?<sup>8</sup>

### 2.1.1. Een aantal handelingen komt veel voor als MSVT

Hoewel de handeling op zich dus niet bepaalt of zorg thuis onder MSVT valt, bestaat er wel een lijst van meest voorkomende handelingen bij MSVT die zorgaanbieders gebruiken om MSVT te kunnen declareren. Dit zgn. 'Indicatieformulier MSVT' is opgesteld door veldpartijen en wordt in vrijwel identieke vorm door de verschillende zorgaanbieders en -verzekeraars gebruikt (zie voorbeeld in bijlage B). De lijst op het formulier is niet-limitatief van aard: er zijn ook handelingen die niet op de lijst staan maar wel als MSVT geïndiceerd kunnen worden. Hoewel de lijst oorspronkelijk bedoeld was als hulpmiddel om zorgaanbieders een handvat te bieden bij de interpretatie van de (toen) nieuwe MSVT-prestaties, blijkt uit de interviews dat zowel aanbieders als verzekeraars de lijst tegenwoordig meer als regel dan als richtlijn gebruiken.

Uit de interviews blijkt echter ook dat de meeste MSVT in de praktijk wel goed onder te brengen is bij één van de op het indicatieformulier vermelde handelingen of een variant daarvan. Die handelingen vallen grofweg uiteen in de volgende hoofdgroepen:

- Infuustechnologie voor toediening van medicatie, vocht of bloed
- Wondzorg
- Stomazorg
- Subcutane injecties
- Peritoneaal dialyse
- Overig (peritoneaal sondes, tracheacanules)

De op de lijst vermelde handelingen zijn verdeeld in 'hoogcomplexe' en 'laagcomplexe' handelingen<sup>9</sup>. Transferbureaus en thuiszorgaanbieders werken vaak met software waarin de handelingen uit het indicatieformulier zijn opgenomen. Bij invoeren van de handeling geeft het programma automatisch aan of de MSVT in de categorie 'hoogcomplex' of 'laagcomplex' valt. Zowel transferbureaus als thuiszorgaanbieders geven aan dat dit niet altijd overeenkomt met de praktijk: ook hier is het weer de situatie en niet de handeling op zichzelf die de complexiteit bepaalt.

Uit de interviews en de survey onder zorgaanbieders die veel met MSVT te maken hebben<sup>10</sup> blijkt dat het grootste deel van het MSVT-volume in de categorie 'wondzorg' valt, gevolgd door 'infuustechnologie'. Analyse van de MSVT-indicatiegegevens van twee zorgaanbieders bevestigt dit

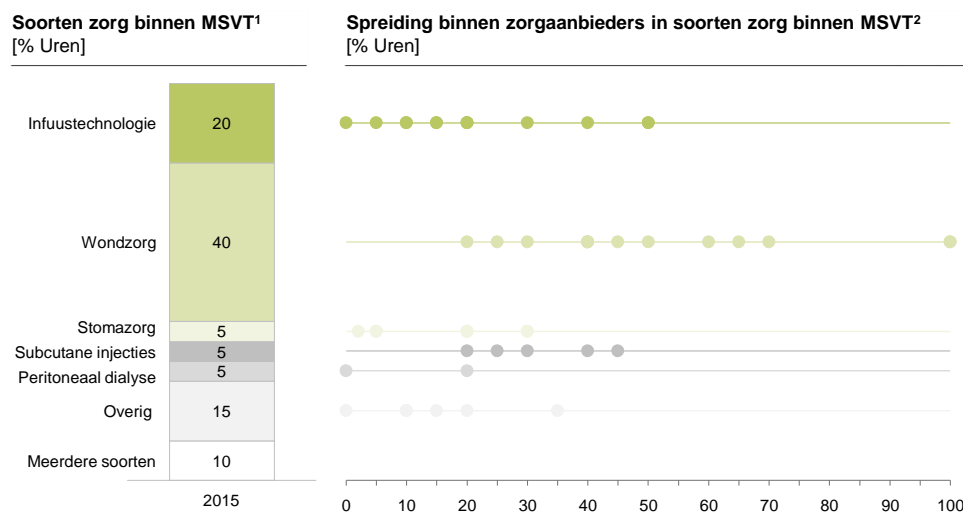
---

<sup>8</sup> Met de huisarts wordt in dit rapport de huisarts als beroepsgroep bedoeld, niet de individuele huisarts

<sup>9</sup> De prestaties die aanbieders kunnen declareren zijn omschreven als 'complexe MSVT' en 'minder complexe MSVT'. Het indicatieformulier spreekt echter over 'laagcomplex' en 'hoogcomplex'; dit zijn ook de termen die zorgaanbieders in de praktijk gebruiken. In dit document hanteren we de termen 'complex' en 'minder complex' wanneer het om declaratiegegevens gaat en 'hoogcomplex' en 'laagcomplex' wanneer we de bevindingen uit interviews, survey en zorgaanbiedergegevens beschrijven.

<sup>10</sup> Zie Bijlage C

beeld (Figuur 2). Uit deze analyse blijkt wel dat de verhoudingen tussen de hoofdgroepen sterk wisselen per aanbieder. Sommige aanbieders leveren vrijwel alleen laagcomplexere wond- en stomazorg, terwijl anderen zich volledig richten op hoogcomplexere infuustherapie. Bij zorgaanbieders met een apart specialistisch team houdt dat team zich voornamelijk bezig met hoogcomplexere MSVT, terwijl de 'gewone' teams de laagcomplexere varianten leveren<sup>11</sup>.



Figuur 2: Wondzorg en infuustechnologie komen het meest voor binnen MSVT, spreiding tussen aanbieders is groot. 1) Bron: gegevens zorgaanbieders en verhouding hoog/laagcomplex uit verzekeraarsdata. Getallen zijn afgerond. 2) Bron: surveyresultaten.

Hieronder geven we voor elk van bovenstaande hoofdgroepen een voorbeeld van een situatie waarin deze handeling onder MSVT valt in de huidige uitvoeringspraktijk en wanneer het dan de hoog- of laagcomplexere variant betreft. Deze voorbeelden zijn afkomstig uit de interviews met betrokken zorgverleners, aangevuld met in de toelichting bij het indicatieformulier beschreven situaties.

#### Infuustechnologie voor toediening van medicatie, vocht of bloed

Toediening van medicatie via een intraveneus infuus valt onder hoogcomplexere MSVT. De geïnterviewde zorgaanbieders geven aan dat het niet zozeer de handeling is die het complex maakt, maar de stof die via dat infuus toegediend wordt. Zo kan het gaan om zeldzame medicatie waar de huisarts geen ervaring mee heeft of is er risico op overgevoeligheidsreacties waarbij men altijd direct contact moet kunnen opnemen met het ziekenhuis. Ook de manier van toediening kan direct contact met het ziekenhuis noodzakelijk maken: wanneer een patiënt antibiotica toegediend krijgt via een subcutane PICC-lijn gebeurt eventueel herstel of vervanging daarvan vrijwel altijd in het ziekenhuis.

*Voorbeeld 1: Een cliënt heeft een port-a-cath met een elastomeerpompje voor de intraveneuze toediening van furosemide bij ernstig hartfalen. Dit gebeurt drie keer per week bij de patiënt thuis. De thuisverpleegkundige heeft wekelijks telefonisch overleg met de hartfalenverpleegkundige over de medicatie en de medische situatie van de cliënt. Zij stelt de medicatie bij en zal zo nodig overleggen met de cardioloog.*

<sup>11</sup> Dit is wel afhankelijk van de specifieke eisen van verzekeraars: soms moet alle MSVT door verpleegkundigen van een bepaald niveau uitgevoerd worden.

### *Wondzorg*

'Gewone' wondzorg na een operatie is in principe geen MSVT: de specialist maakt bij ontslag een wondbehandelplan en draagt de zorg vervolgens over aan de huisarts. Bij complexe wondzorg kan er wel sprake zijn van MSVT. Het gaat dan om instabiele situaties waarbij het nog niet duidelijk is hoe het herstel na de ziekenhuisopname gaat verlopen. De specialist wil zelf het beleid blijven voeren over de behandeling van de patiënt en dit zelf tussentijds kunnen bijstellen als dat nodig is.

Volgens het indicatieformulier MSVT is wondzorg altijd laagcomplex. Dit ervaart men in de praktijk anders: er bestaat wel degelijk hoogcomplex wondzorg, bijvoorbeeld als er een risico is op bloedvergiftiging of uitdroging.

*Voorbeeld 2: Een cliënt met een complexe (open) wond na een buikoperatie. Het technisch team van een thuiszorgaanbieder komt één keer per dag langs om de wond te verzorgen. Er treden geen verdere complicaties op en het technisch team heeft ruime ervaring met complexe wondzorg. Het team kan de afdeling chirurgie 24 uur per dag bereiken.*

Eén van de geïnterviewde transferverpleegkundigen gaf aan dat het ziekenhuis werkt met een 'wondmodel' om te beoordelen of er sprake is van zorg die onder verantwoordelijkheid van de specialist valt. Elementen die daarin meespelen zijn hoe de wond eruitziet (rode, gele of zwarte kleur, nat of droog), welke behandeling nodig is en wanneer de arts de patiënt weer op de poli wil zien.

### *Stomazorg*

Stomazorg valt in principe alleen onder MSVT als er sprake is van necrose, loslating van de stoma, een ernstige infectie of andere complicaties.

*Voorbeeld 3: Een cliënt die opnieuw een stoma krijgt. Omdat er in het verleden fistelvorming optrad, wil de behandelend medisch specialist zelf het beleid voor de behandeling voeren en kunnen overleggen met de uitvoerend verpleegkundige. De echtgenoot heeft inmiddels ervaring met eenvoudige verzorging. De thuiszorg komt nog twee keer per week langs om de stoma te verzorgen en kan bij complicaties direct de medisch specialist bellen.*

### *Subcutane injectie*

Een subcutane injectie is over het algemeen geen MSVT. De behandeling wordt overgedragen aan de huisarts, de specialist geeft een voorschrift mee. Dit geldt bijvoorbeeld voor de meeste thuistoedieningen van insuline bij diabetes of nadroparine bij trombose.

Ook hier geldt echter weer dat de handeling op zich niet alles zegt: wanneer de insuline wordt toegediend aan een ernstig ontregelde diabeet zal de specialist zelf de verantwoordelijkheid willen houden en zelf tussentijds de dosering bij willen stellen. De injectie met insuline valt daarmee dan toch onder MSVT. Ook wanneer het een duur geneesmiddel, weesgeneesmiddel of een ander middel waar de huisarts weinig ervaring mee heeft betreft kan een subcutane injectie onder MSVT vallen. Een voorbeeld daarvan is rituximab bij reumatoïde artritis.

De handeling zelf is voor subcutane injecties geclassificeerd als laagcomplex, maar de conditie van de patiënt en het te injecteren middel kunnen in de praktijk toch voor complexe situaties zorgen.

*Voorbeeld 4: Een cliënt met diabetes en bij ontslag uit het ziekenhuis nog sterk wisselende bloedsuikerwaarden. Een verpleegkundige dient thuis de insuline toe, waarbij de medisch specialist de dosering bijstuurt. Drie weken later is de bloedsuikerspiegel stabiel. Na een controlebezoek aan de polikliniek besluit de internist dat de verantwoordelijkheid voor de thuisbehandeling kan worden overgedragen aan de huisarts.*

#### *Peritoneaal dialyse*

Instructie en begeleiding om de patiënt aan te leren zelf thuis te dialyseren kan de eerste zes weken gedeclareerd worden als hoogcomplexere MSVT. Na zes weken kan de patiënt het óf zelf, óf de verpleegkundige blijft ondersteuning bieden. Omdat dit dan nog wel plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van de specialist blijft het MSVT, maar in de laagcomplexere variant.

*Voorbeeld 5: Een cliënt met chronische nierziekte waardoor de nierfunctie is afgenomen tot 10% en dialyse nodig is. Een verpleegkundige leert de cliënt thuis de nodige handelingen bij continue ambulante peritoneaal dialyse, zoals het wisselen van de spoelvoelstof. Na zes weken kan de cliënt dit zelf en zijn de handelingen zo goed als mogelijk ingepast in het dagelijks leven. De cliënt komt daarna nog regelmatig op controle in het ziekenhuis, maar heeft geen thuiszorg meer nodig.*

2.1.2. Handelingen zijn voorzien van een normtijd, die niet altijd aansluit bij de situatie. De op het indicatieformulier vermelde handelingen zijn voorzien van een normtijd. Deze normtijden zijn door veldpartijen vastgesteld en bedoeld als richtlijn. Wanneer voor de handeling een langere tijd nodig is dan de vermelde normtijd, moet de zorgaanbieder dit per individuele casus onderbouwen.

Een aantal thuiszorgaanbieders die zijn geïnterviewd voor dit onderzoek is van mening dat de normtijden vrij krap gesteld zijn. Dit geldt vooral voor korte handelingen waarbij de normtijd alleen de tijd voor de handeling zelf omvat en niet de voorbereiding. Een voorbeeld is het toedienen van een injectie, waar 15 minuten voor staat als normtijd. Dit is onvoldoende wanneer de injectie bijvoorbeeld plaatsvindt bij een klein kind, omdat de verpleegkundige het kind eerst op zijn gemak moet stellen.

Ook transferbureaus geven aan dat de normtijden tot discussie leiden, maar dat dit ook de andere kant op kan werken: wanneer de verpleegkundige bij dezelfde patiënt meerdere handelingen moet uitvoeren kan de optelsom van de 'losse' normtijden voor al die handelingen hoger uitkomen dan de tijd die er in werkelijkheid nodig is<sup>12</sup>.

2.1.3. MSVT is in principe kortdurende zorg

De maximale termijn op het indicatieformulier voor MSVT is drie maanden, waarbij in uitzonderingssituaties een termijn voor zes of twaalf maanden opgegeven kan worden<sup>13</sup>. Daarbij gaat het om situaties waarin men vooraf al weet dat de benodigde zorg thuis langer dan die drie maanden gaat duren. Voorbeelden zijn infuustherapie aan patiënten met de ziekte van Hunter, bloedtransfusies thuis of de intraveneuze toediening van epoprostenol bij de behandeling van pulmonale hypertensie. In die gevallen is er sprake van een chronische aandoening waarvan de behandeling thuis altijd onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist blijft.

<sup>12</sup> Eén van de zorgaanbieders merkt in dit verband op dat zij alleen de werkelijk geleverde zorg mogen declareren (maar nooit meer dan geïndiceerd).

<sup>13</sup> Zie indicatieformulier MSVT (bijlage B)

Na afloop van de indicatie kan de MSVT twee keer met dezelfde termijn verlengd worden. Na de tweede verlenging moet er opnieuw een MSVT-indicatie afgegeven worden door de medisch specialist. Net als bij de handelingen geeft een aantal geïnterviewden aan dat de op het indicatieformulier vermelde termijnen ooit bedoeld waren als handvat, maar een eigen leven zijn gaan leiden en nu als regel worden geïnterpreteerd. Indien een situatie daarom vraagt (en men de noodzaak daartoe onderbouwt) zou MSVT voor onbepaalde tijd mogelijk moeten zijn.

Het beleid rondom verlenging van MSVT verschilt per ziekenhuis, specialist en thuiszorgorganisatie en is niet altijd even duidelijk. In sommige situaties, bijvoorbeeld bij chronische infuustherapie, ervaren ziekenhuizen en thuiszorgaanbieders het voor de verlengingen benodigde papierwerk als onnodige bureaucratie. Aan de andere kant komen ook situaties voor waarin de zorg ten tijde van de verlenging eigenlijk wel overgedragen zou kunnen worden aan de huisarts, maar deze toch bij het ziekenhuis blijft liggen. Genoemde redenen hiervoor zijn dat de specialist onvoldoende vertrouwen heeft in de kennis van de huisarts op het gebied van de behandeling, er geen prikkel voor ziekenhuizen is om zorg over te dragen en de hogere administratielast voor de specialist bij overdracht naar de huisarts: voor de verlenging van MSVT is alleen een handtekening nodig, terwijl overdracht naar de huisarts een brief vereist<sup>14</sup>.

## 2.2. Thuiszorgaanbieders zijn de belangrijkste leveranciers van MSVT

Volgens de NZa-beleidsregel is MSVT zorg die ‘alle aanbieders van verpleegkundige zorg, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, kunnen leveren’<sup>15</sup>. In de praktijk zijn het vooral thuiszorgaanbieders, of organisaties die zowel in- als extramurale zorg leveren. In principe kan MSVT ook door ziekenhuizen geleverd en gedeclareerd worden (als OVP<sup>16</sup>), maar dat komt weinig voor. Uit een verkennende analyse door Vektis blijkt dat in 2015 op deze ziekenhuis-MSVT-prestaties in totaal slechts EUR 425.000 was gedeclareerd en in 2014 slechts EUR 600.000<sup>17</sup>. Ter vergelijking: de totale MSVT-declaraties van thuiszorgorganisaties komen gezamenlijk op EUR 101 mln.

De groep thuiszorgaanbieders die MSVT leveren kunnen we onderverdelen in drie groepen. Voor de zorgaanbieders die een breed scala aan - grotendeels laagcomplex - wijkverpleegkundige zorg aanbieden vormen wond- en stomazorg na een operatie de meest voorkomende vormen van MSVT. Heelkunde en dermatologie zijn in deze gevallen dan ook de meest betrokken medisch specialismen.

Daarnaast zijn er zorgaanbieders die zowel laag- als hoogcomplex zorg thuis kunnen bieden en bijvoorbeeld beschikken over een gespecialiseerd team (of een zgn. ‘techno-team’) dat in de hele regio inzetbaar is voor hoogcomplex handelingen. Deze aanbieders komen alle vormen van MSVT tegen en hebben met verschillende specialismen te maken.

Tot slot is er een groep van zeer gespecialiseerde zorgaanbieders die specifieke afspraken heeft met het ziekenhuis (vaak een UMC) over een bepaalde patiëntengroep. Een voorbeeld daarvan zijn de thuisinfusies van patiënten met de zeldzame ziekte van Hunter met het weesgeneesmiddel idursulfase.

---

<sup>14</sup> Hier speelt mogelijk ook mee dat toen extramurale verpleging nog onder de AWBZ viel, hier een eigen bijdrage voor vereist was en voor MSVT niet. Op dit moment bestaat dit verschil echter niet meer.

<sup>15</sup> NZa, Beleidsregel AL/BR-0046

<sup>16</sup> OVP=‘Overig zorgproduct’, dus niet als onderdeel van een DBC. Voor MSVT zijn dit de declaratiecodes 190288 (laagcomplex MSVT) en 190289 (hoogcomplex MSVT).

<sup>17</sup> Vektis, juli 2016

Bij de uitvoering van MSVT zijn altijd verpleegkundigen van niveau 4 of niveau 5 betrokken. Voor hoogcomplexe MSVT is dit vrijwel altijd niveau 5, voor laagcomplexe MSVT kan het zowel om niveau 4 als 5 gaan. Verzorgenden niveau 3 kunnen ook een aantal handelingen uitvoeren – afhankelijk van de door de verzekeraar gestelde eisen. Dit gebeurt dan wel onder verantwoordelijkheid van de verpleegkundige niveau 4 of 5.

### 2.3. Verantwoordelijkheid van de specialist voor MSVT bestaat uit vier onderdelen

Hoe krijgt het begrip ‘onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist’ op dit moment in de praktijk vorm? Vier elementen die in vrijwel alle interviews terugkomen zijn:

1. De medisch specialist geeft **opdracht** voor de verpleegkundige behandeling thuis
2. De specialist **vergewist zich van de bekwaamheid** van de uitvoerend verpleegkundige
3. Het ziekenhuis biedt zo nodig **scholing of training** aan de uitvoerend verpleegkundigen
4. Wanneer zich tijdens de behandeling thuis complicaties voordoen kan de verpleegkundige voor overleg **contact opnemen** met het ziekenhuis

Hieronder volgt een korte toelichting op deze elementen.

Ad 1) **De medisch specialist geeft opdracht** – In de praktijk loopt dit vaak via het transferbureau van het ziekenhuis. De specialist geeft aan wat de bedoeling is van de behandeling thuis, het transferbureau bepaalt vervolgens of er sprake is van MSVT. Het transferbureau regelt vervolgens het papierwerk en laat dit ondertekenen. Het MSVT-indicatieformulier kan ook ‘in opdracht’ door het transferbureau getekend worden. Het uitvoeringsverzoek tekent de medisch specialist altijd zelf. Het uitvoeringsverzoek is nodig wanneer de specialist opdracht geeft tot uitvoering van voorbehouden handelingen (zie kader).

Ad 2) **De specialist vergewist zich van de bekwaamheid** – In principe moet de medisch specialist nagaan of degene die de zorg in zijn of haar opdracht thuis gaat leveren daarvoor bekwaam is. In de praktijk vertrouwt de specialist daarbij vaak op de kennis en contacten van het transferbureau.

De transferbureaus van ziekenhuizen geven aan voor MSVT bij voorkeur met een aantal vaste partijen te werken. Dat varieert van grote thuiszorgorganisaties die alle vormen van MSVT kunnen leveren tot zeer gespecialiseerde aanbieders voor bijvoorbeeld infuustherapie. Belangrijk is dat al deze aanbieders contracten hebben met verzekeraars voor het leveren van MSVT. Verzekeraars stellen contractuele eisen aan het niveau van de verpleegkundigen (zie kader).

Sommige ziekenhuizen werken vervolgens zelf ook met raamovereenkomsten met deze thuiszorgaanbieders. Daarin is dan de gewenste bekwaamheid vastgelegd en de aanvullende eisen die het ziekenhuis stelt. Die aanvullende eisen kunnen een groot aantal onderwerpen betreffen, waaronder:

- Het werken met de protocollen die het ziekenhuis meegeeft (en niet met de meer algemene Vilans-protocollen)
- Het stellen van een norm voor het aantal keer dat de organisatie een bepaalde handeling jaarlijks uitvoert (volumenorm)
- De materialen die gebruikt moeten worden
- De termijn waarbinnen de zorgaanbieder in staat is te reageren op een zorgvraag
- Bij zeldzame ziekten: beschikken over een landelijk dekkend netwerk
- Bij zorg voor kinderen: uitvoering door een kinderverpleegkundige



**Ad 3) Het ziekenhuis biedt zo nodig scholing of training** – Om te zorgen dat de thuiszorgorganisatie goed toegerust is voor het uitvoeren van de zorg die zij in opdracht van de medisch specialist uitvoert kan het ziekenhuis scholing of training aanbieden. Dit gebeurt in de praktijk regelmatig, ook op verzoek van de thuiszorgorganisatie zelf. Thuiszorgorganisaties geven aan de benodigde kennis en expertise in eerste instantie binnen de eigen organisatie te zoeken. Als dat niet lukt, vraagt men het ziekenhuis om mee te kijken op de afdeling voordat de patiënt naar huis komt. Wanneer het om een zeer specifiek geneesmiddel of patiëntengroep gaat stelt het ziekenhuis vaak als eis dat de verpleegkundige eerst mee komt kijken op de afdeling.

In sommige gevallen stelt het ziekenhuis specifieke eisen, bijvoorbeeld wanneer een patiënt thuis dure medicijnen (bijv. reumamedicatie) toegediend krijgt waar het ziekenhuis zowel zorginhoudelijk als financieel verantwoordelijk voor is. De verpleegkundigen die dit gaan uitvoeren krijgen dan vaak eerst een training in het ziekenhuis en specifieke instructies.

**Ad 4) De verpleegkundige kan direct contact opnemen** – Alle geïnterviewden geven aan dat wanneer sprake is van MSVT de verpleegkundige voor overleg altijd contact op kan nemen met de betrokken afdeling in het ziekenhuis. Vaak verloopt het overleg via de gespecialiseerde verpleegkundigen, bijvoorbeeld de oncologieverpleegkundige, dialyseverpleegkundige of nurse practitioner. De medisch specialist is dan wel eindverantwoordelijk en wordt indien nodig ingeschakeld. Die hiërarchie is vergelijkbaar met de situatie wanneer de patiënt opgenomen zou zijn op de afdeling.

De uitvoerend verpleegkundigen maken niet altijd gebruik van de mogelijkheid tot overleg. Als er geen bijzonderheden zijn en alles goed verloopt, dan ziet de specialist de patiënt gewoon weer bij het volgende controlebezoek op de polikliniek.

Een aantal geïnterviewden wijst erop dat er idealiter sprake moet zijn van tweerichtingsverkeer: de specialist is niet alleen beschikbaar voor de uitvoerend verpleegkundige om te overleggen over de behandeling, maar laat zich ook actief informeren. Dat laatste is in de praktijk niet altijd het geval: terugkoppeling vindt dan bijvoorbeeld pas plaats tegen de tijd dat de patiënt weer een afspraak op de polikliniek heeft.

#### Voorbehouden handelingen en MSVT

Voorbehouden handelingen zijn een aparte groep binnen de risicovolle handelingen waarvoor aanvullende eisen gelden. De Wet BIG merkt 14 handelingen aan als 'voorbehouden'. Een aantal beroepsbeoefenaren is zelfstandig bevoegd tot het uitvoeren ervan: artsen, en voor sommige handelingen ook verloskundigen en tandartsen. Daarnaast mogen bijvoorbeeld verpleegkundigen en verzorgenden de handelingen uitvoeren wanneer ze daartoe opdracht gekregen hebben van de arts en bekwaam zijn.

MSVT kán samengaan met het uitvoeren van voorbehouden handelingen, maar dat hoeft niet. Evenzo komen voorbehouden handelingen zowel bij MSVT als bij (gespecialiseerde) wijkverpleging voor. In het eerste geval handelt de verpleegkundige of verzorgende in opdracht van de medisch specialist, in het tweede in opdracht van de huisarts (bijvoorbeeld bij palliatief terminale zorg).

Voor de uitvoering van voorbehouden handelingen is een uitvoeringsverzoek, getekend door de arts, vereist. Wanneer een patiënt MSVT ontvangt en er sprake is van voorbehouden handelingen moet de specialist dus zowel een indicatieformulier MSVT als een uitvoeringsverzoek invullen. Het indicatieformulier dient om de MSVT te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar, het uitvoeringsverzoek is de opdracht van de arts om voorbehouden handelingen uit te voeren. In sommige ziekenhuizen wordt het uitvoeringsverzoek standaard ingevuld naast het indicatieformulier, ook als het geen voorbehouden handelingen betreft. Als reden noemt men dat de verzekeraar dit eist of dat het niet alleen bij voorbehouden handelingen, maar bij alle risicovolle handelingen *good practice* is.



Het MSVT-beleid van zorgverzekeraars

MSVT is in de bekostiging opgedeeld in 'minder complexe' en 'complexe' MSVT<sup>18</sup>. Hiervoor gelden aparte prestaties. Hoewel de door de NZa gedefinieerde maximumtarieven voor beide prestaties gelijk zijn<sup>19</sup> hanteren verzekeraars in de praktijk wel degelijk verschillende tarieven voor complexe en minder complexe zorg (zie Tabel 1).

Tabel 1: Tarieven per MSVT-prestatie [€, per uur]

	Minder complexe MSVT	Complexe MSVT
NZa maximumtarief 2016	€ 81,49	€ 81,49
NZa maximumtarief 2017	€ 85,49	€ 85,49
Voorbeeld Verzekeraar A, 2016	€ 67,20	€ 81,49
Voorbeeld Verzekeraar B, 2016	€ 75,25	€ 81,49

Zorgverzekeraars streven ernaar om de inkoop van wijkverpleging en minder complexe MSVT te bundelen. Gedachten daarover variëren van inkoop door hetzelfde team tot het volledig afschaffen van minder complexe MSVT, waarbij geen gebruik mag worden gemaakt van de declaratiecodes van MSVT.

Complexe MSVT kopen verzekeraars bij een beperkter aantal aanbieders in en voor de levering stellen zij aanvullende eisen. Voorbeelden zijn de inzet van uitsluitend niveau 5 verpleegkundigen of de mogelijkheid tot het leveren van zorg binnen 24 uur. De aanvullende eisen verschillen per verzekeraar. Het kan dus voorkomen dat een thuiszorgorganisatie met de ene verzekeraar een contract heeft voor het leveren van complexe en minder complexe MSVT en met de andere alleen voor minder complexe MSVT.

Binnen ZN is overleg gaande om het beleid af te stemmen om te voorkomen dat verwijzers voor MSVT worden geconfronteerd met een toename van de administratieve last door verschillende werkwijzen bij de zorgverzekeraars<sup>20</sup>.

<sup>18</sup> Naar minder complexe en complexe zorg wordt ook gerefereerd als laagcomplex en hoogcomplex.

<sup>19</sup> Tariefbeschikking Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie, NZa, TB/CU-7120-03

<sup>20</sup> Zie o.a. Zilveren Kruis, Inkoopbeleid Wijkverpleging 2017, MSVT

### 3. Welke raakvlakken zijn er tussen MSVT en andere vormen van verpleging thuis?

Tussen MSVT, gespecialiseerde (wijk)verpleging en VP-speciaal bestaat in de praktijk behoorlijk wat overlap in de uit te voeren handelingen. Een aantal zeer specialistische handelingen komt voornamelijk als MSVT voor, maar de zorg wordt vaak door hetzelfde specialistisch team of 'techno-team' geleverd. Het belangrijkste verschil tussen de vormen van verpleging in de thuissituatie is dat bij MSVT de medisch specialist verantwoordelijk is voor de behandeling en bij gespecialiseerde verpleging en VP-speciaal de huisarts.

MSVT is niet de enige vorm van verpleging om de behandeling thuis of in een instelling voort te zetten. Andere mogelijkheden zijn:

- Zorg vanuit een instelling, betaald uit de Wlz
- Zorg thuis uit mpt of vpt, betaald uit de Wlz
- Zorg vanuit het ziekenhuis, betaald uit de Zvw (DOT, kader MSZ, bijvoorbeeld het thuis uitvoeren van hemodialyse)
- (Gespecialiseerde) wijkverpleging, intensieve kindzorg (IKZ) of palliatieve zorg thuis (PTZ), betaald uit de Zvw (kader Wijkverpleging)

Vooraf tussen MSVT, gespecialiseerde verpleging (Zvw-prestatie<sup>21</sup>) en VP-speciaal (Wlz-prestatie in gebruik binnen het mpt<sup>22</sup>) bestaan raakvlakken. Omdat slechts 23.000 Wlz-geïndiceerden (8% van het totaal) kiezen voor de leveringsvorm mpt<sup>23</sup>, ligt de focus hier op de verschillen tussen gespecialiseerde verpleging en MSVT.

Daarnaast beschrijven we apart de situatie bij kinderen, waar MSVT en IKZ raakvlakken kunnen hebben.

#### 3.1. MSVT heeft raakvlakken met gespecialiseerde verpleging, maar overlapt niet volledig

Tabel 2 vergelijkt gespecialiseerde verpleging en MSVT op de onderwerpen betrokken zorgverleners, aard van de zorg, financiering en administratie. Per onderwerp volgt hieronder een korte toelichting.

##### 3.1.1. Uitvoerende zorgverleners overlappen, verantwoordelijkheid verschilt

Thuiszorgaanbieders leveren zowel MSVT als gespecialiseerde verpleging. Hoewel gespecialiseerde verpleging vaak volgt op een ziekenhuisopname, indiceert de wijkverpleegkundige<sup>24</sup> hier de benodigde zorg, zo nodig in overleg met de huisarts. De zorg die voorgeschreven is door het ziekenhuis, bijvoorbeeld de toediening van bepaalde medicatie, wordt hierin meegenomen door de wijkverpleegkundige. De huisarts voert de regie over de behandeling en is dan ook aanspreekpunt. Bij MSVT is de medisch specialist verantwoordelijk en de relevante afdeling binnen het ziekenhuis aanspreekpunt (zie Hoofdstuk 2). Het verschil in aansturing is niet alleen formeel, maar lijkt ook praktische gevolgen te hebben voor de uitvoering van de zorg. Als de

<sup>21</sup> Nza beleidsregel CU-BR-7138

<sup>22</sup> NZa beleidsregel CA-BR-1610b

<sup>23</sup> Bron: ZIN, 2015.

<sup>24</sup> Verpleegkundige niveau 5, met profiel Wijkverpleegkundige

medisch specialist verantwoordelijk is, bepaalt die het beleid zelf, terwijl tussen de huisarts en de uitvoerend verpleegkundigen meer wisselwerking bestaat.

### 3.1.2. Veel overeenkomsten in aard van de zorg

Voor wat betreft de uit te voeren *handelingen* lijkt er weinig verschil te zijn tussen gespecialiseerde verpleging, VP-speciaal en MSVT. Subcutane injecties bijvoorbeeld komen zowel onder verantwoordelijkheid van de huisarts als onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist voor, waarbij andere factoren (bijvoorbeeld wat er in de injectie zit) bepalen of de zorg onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist moet blijven (zie hoofdstuk II). Intraveneuze infusies lijken zorgaanbieders *wel* hoofdzakelijk als MSVT te leveren, bloedtransfusies komen in de praktijk eigenlijk niet voor bij gespecialiseerde verpleging.

### 3.1.3. Kosten en impact op budgetverschillen

Het budgettair kader is in de huidige situatie duidelijk verschillend tussen de drie prestaties. MSVT valt onder het kader medisch specialistische zorg van de Zvw, terwijl gespecialiseerde verpleging valt onder het kader Wijkverpleging van de Zvw en VP-speciaal valt onder het kader Wlz.

De tarieven van zowel gespecialiseerde verpleging, MSVT en VP-speciaal zijn gebaseerd op de oude AWBZ-prestatie 'Verpleging speciaal'<sup>25</sup>. Voor gespecialiseerde verpleging en MSVT geldt in 2016 een maximum uurtarief van EUR 81,49. Het maximum uurtarief van VP-speciaal is vergelijkbaar met EUR 82,72.

Bij zowel gespecialiseerde verpleging als MSVT geven geïnterviewde aanbieders aan dat het leveren van complexe zorg binnen het gestelde budget lastig is en dat dit vaak verlieslijdende posten zijn. Dit heeft volgens hen deels te maken met het feit dat specialistische teams vaak een groot gebied bestrijken en daardoor relatief veel reistijd hebben, die zij niet kunnen declareren. Verder lijken de normtijden op het indicatieformulier onvoldoende voor enkele kortdurende handelingen (zie hoofdstuk 2), waardoor geen ruimte zou bestaan om de volledige zorg die hoort bij de situatie te leveren.

### 3.1.4. Administratielast als hoog ervaren

Bij zowel MSVT als gespecialiseerde verpleging stelt de aanbieder (in overleg met de patiënt) een zorgplan op, en is een uitvoeringsverzoek nodig voor voorbehouden handelingen. Voor MSVT is er daarbij nog een indicatieformulier MSVT nodig.

Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat de administratielast rond MSVT fors is. Dit komt onder andere door verschillen tussen verzekeraars, zowel wat betreft gecontracteerde aanbieders, eisen aan aanbieders als manier van declareren. Daarnaast is digitale ondertekening van het indicatieformulier niet mogelijk en dus tijdrovend. Eén transferbureau geeft aan alleen al aan verlengingen van MSVT acht uur per week kwijt te zijn. Voor gespecialiseerde aanbieders kent MSVT juist vaak minder administratie, doordat het slechts eenmaal per jaar verlengd hoeft te worden. Bij gespecialiseerde verpleging moeten zij elke zes maanden een nieuw uitvoeringsverzoek en zorgplan indienen.

Verder ervaart een groot deel van de geïnterviewden de manier van declareren als onlogisch: de opdracht komt uit het ziekenhuis, maar de uitvoerende organisatie declareert. Bij sommige thuiszorgaanbieders en verzekeraars valt MSVT onder plafondafspraken, maar doordat de opdracht uit het ziekenhuis komt heeft de aanbieder geen invloed op het aantal uren geleverde MSVT. De scheiding van opdracht en levering zorgt ook voor extra administratielast. Het ziekenhuis

---

<sup>25</sup> Beleidsregels BR/CU-7138 en BR/CU-2013/CA-458 [niet meer geldend].

Tabel 2: Vergelijking tussen gespecialiseerde (wijk)verpleging, MSVT en VP-speciaal

	Gespecialiseerde verpleging	MSVT	VP-speciaal
<b>Betrokken zorgverleners</b>			
<b>Indicatie</b>	Wijkverpleegkundige <sup>26</sup>	Medisch Specialist	CIZ/ Zorgaanbieders <sup>27</sup>
<b>Verantwoordelijkheid</b>	Huisarts	Medisch Specialist	Huisarts <sup>28</sup>
<b>Aanspreekpunt</b>	Huisarts	Relevante afdeling ziekenhuis	Huisarts
<b>Uitvoering</b>	Verpleegkundigen niveau 4 en 5	Verpleegkundigen niveau 4 en 5 <sup>29</sup>	Verpleegkundigen niveau 4 en 5
<b>Aard van de zorg</b>			
<b>Handelingen</b>	De handelingen binnen gespecialiseerde verpleging, MSVT en VP-speciaal zijn vergelijkbaar en zijn toegelicht in hoofdstuk II. Enkele hoog specialistische handelingen komen in de praktijk niet bij gespecialiseerde verpleging en wel bij MSVT voor, zoals bloedtransfusie en toediening van medicijnen bij zeldzame aandoeningen. Verder zorgt de precieze prestatieomschrijving voor kleine verschillen: verpleging thuis in verband met thuisbeademing valt vanuit de bekostiging bijvoorbeeld niet onder MSVT, maar wordt wel genoemd bij VP-speciaal in het mpt <sup>30</sup> .		
<b>Doelgroep</b>	Bij MSVT gaat het om cliënten die met betrekking tot hun behandeling door de medisch specialist verpleegkundige zorg thuis nodig hebben. Bij gespecialiseerde verpleging en VP-speciaal heeft de medisch specialist niet de verantwoordelijkheid, maar is er in de praktijk vaak wel een relatie met een ziekenhuisbehandeling. VP-speciaal kan alleen worden geleverd aan Wlz-geïndiceerden met een mpt.		
<b>Kosten en impact op budget</b>			
<b>Budgettair kader</b>	ZvW, V&V	ZvW, MSZ	Wlz
<b>Maximum uurtarief 2016</b>	EUR 81,49	EUR 81,49	EUR 82,72
<b>Eigen bijdrage</b>	Nee	Nee	Ja, vanwege Wlz-indicatie
<b>Tijd voor indiceren</b>	Ja	Nee	Ja <sup>31</sup>
<b>Administratie</b>			
<b>Documentatie</b>	Uitvoeringsverzoek bij voorbehouden handelingen Zorgplan	Indicatieformulier MSVT Uitvoeringsverzoek <sup>32</sup> Zorgplan	Uitvoeringsverzoek bij voorbehouden handelingen Zorgplan

<sup>26</sup> De wijkverpleegkundige indiceert en verkrijgt zo nodig een uitvoeringsverzoek van de huisarts. Hierbij kan vanuit het ziekenhuis wel bepaalde zorg voorgeschreven zijn. De wijkverpleegkundige neemt dit dan mee in de indicatiestelling.

<sup>27</sup> Het CIZ indiceert een zorgprofiel. Als de cliënt voor de leveringsvorm mpt kiest, stellen cliënt en zorgaanbieder(s) een zorgplan vast. Het zorgkantoor kan de leveringsvorm mpt weigeren als de zorg thuis niet op een verantwoorde en doelmatige wijze kan worden geleverd.

<sup>28</sup> Het mpt bevat geen 'algemeen medische zorg', hiervoor is de huisarts eindverantwoordelijk

<sup>29</sup> Uitvoering soms door verzorgende niveau 3, maar verpleegkundige niveau 4 of 5 is verantwoordelijk.

<sup>30</sup> Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2016, CA-BR-1610b (nu geldend)

<sup>31</sup> Zolang de zorgaanbieder onder het maximum voor het geïndiceerde zorgprofiel blijft. Wanneer er meer zorg nodig is, is herindicatie door het CIZ noodzakelijk.

<sup>32</sup> Indien nodig voor voorbehouden handelingen of vereist door verzekeraar.

kan bijvoorbeeld vergeten om tijd aan te vragen voor het opstarten van medicatietoediening, waarna de thuiszorgorganisatie een nieuw indicatieformulier moet aanvragen bij het ziekenhuis.

#### 3.1.5. Zorgaanbieders hebben geen specifieke voorkeur

Zowel medisch specialisten als thuiszorgaanbieders vinden het verschil tussen MSVT en gespecialiseerde verpleging in wie *verantwoordelijk* is voor de behandeling zeer belangrijk. Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat het ze eigenlijk niet uitmaakt uit welk kader de handelingen betaald worden, als de directe link tussen uitvoerend verpleegkundige en het team in het ziekenhuis maar mogelijk blijft, er geen zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde komt te vallen waar deze onvoldoende kennis en ervaring mee heeft en het tarief voldoende is om de zorg voor te kunnen leveren. Enkele ziekenhuismedewerkers tekenen daar wel bij aan dat het ziekenhuis liever niet zelf verantwoordelijk wil zijn voor de *inkoop* van verpleging thuis.

### 3.2. Bij kinderen vallen MSVT en IKZ beide onder verantwoordelijkheid van de specialist

Intensieve kindzorg is zorg voor kinderen met ernstige medische problemen of beperkingen die als gevolg daarvan verzorging of verpleging nodig hebben en waarbij permanent toezicht noodzakelijk is. Intensieve kindzorg valt onder de aanspraak Wijkverpleging in de Zvw en wordt bekostigd met de prestaties Verpleging en Verzorging (Zvw).

Bij kinderen vinden zowel IKZ als MSVT plaats onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Bij IKZ is dat de kinderarts, bij MSVT kan dat de kinderarts of een andere medisch specialist zijn. Bij IKZ is het meestal de kinderverpleegkundige die indiceert (net als de wijkverpleegkundige bij volwassenen), maar de kinderarts ondertekent het zorgplan en het verzoek tot voorbehouden handelingen. Vertegenwoordigers van kinderthuiszorgaanbieders gaven aan dat slechts ongeveer 1% van de kinderen die verpleging thuis krijgen onder behandeling is bij de huisarts. Een kind dat bijvoorbeeld een maagsonde nodig heeft komt daarvoor niet bij de huisarts, maar bij de kinderarts.

Deze overlap maakt dat de prestatie MSVT vooral als extra administratieve last ervaren wordt. Ook voelen kinderthuiszorgaanbieders die MSVT leveren bij kinderen zich soms tekortschieten in de zorgverlening: bij MSVT komen ze langs bij het kind om een bepaalde handeling te verrichten, terwijl ze bij intensieve kindzorg veel breder kijken naar wat het kind en het gezin nodig hebben.

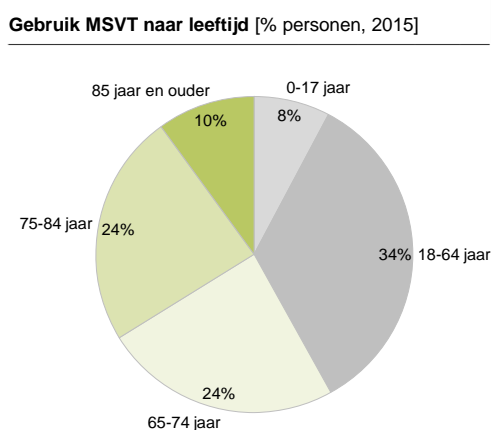
## 4. Wie ontvangen MSVT?

Met een gemiddelde leeftijd van 62 jaar is het profiel van MSVT-patiënten aanzienlijk jonger dan dat van cliënten wijkverpleging en met een vrijwel gelijke verdeling tussen mannen en vrouwen is het aandeel vrouwen fors lager. Bij kinderen met MSVT komen complexe handelingen relatief meer voor dan bij volwassenen. Van de MSVT-patiënten heeft ~ 5% een Wlz-indicatie. Deze groep ontvangt gemiddeld meer MSVT over een langere periode. Een klein deel (5%) van alle MSVT-patiënten zorgt voor groot deel (40%) van de MSVT-kosten; in de groep met Wlz-indicatie is dat effect nog sterker.

Uit de interviews is een breed beeld verkregen van welke zorg, handelingen en situaties in de praktijk onder MSVT vallen. Dit hoofdstuk vult dat beeld aan met gegevens uit de MSVT-declaraties van twee verzekeraars in 2015, geëxtrapoleerd naar een landelijk beeld, en gaat in op kenmerken van de MSVT-populatie. Waar mogelijk en relevant zijn die opgesplitst naar complexe en minder complexe zorg en patiënten met en zonder Wlz-indicatie.

### 4.1. MSVT-patiënten zijn relatief jong, aandeel complexe zorg neemt af met leeftijd

Figuur 3 laat de leeftijdsverdeling zien van de verzekerden voor wie in 2015 MSVT gedeclareerd is. Bijna 60% van de MSVT-patiënten is ouder dan 65, terwijl de gemiddelde leeftijd 62 jaar is. Er kregen ongeveer evenveel mannen (49%) als vrouwen (51%) MSVT. Dit is een ander profiel dan in de wijkverpleging, waar 64% van de patiënten vrouw en de gemiddelde leeftijd 77 jaar is<sup>33</sup>.

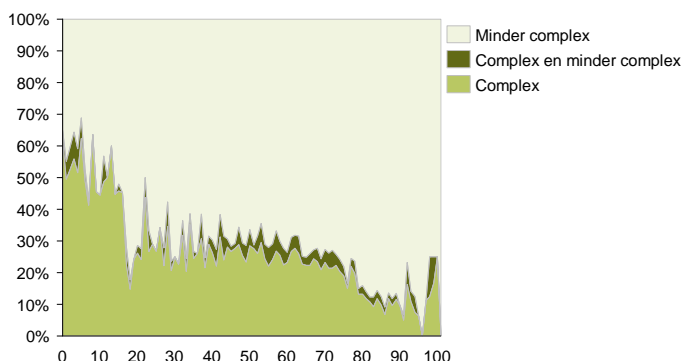


*Figuur 3: Gebruik MSVT naar leeftijd.  
Bron: verzekeraarsdata, 2015*

Figuur 4 geeft het aandeel patiënten met complexe MSVT, mindere complexe MSVT of beide weer naar leeftijd. Het aandeel patiënten met complexe MSVT neemt af met de leeftijd. Bij kinderen komen als 'complex' geclassificeerde handelingen als infuustechnologie dus relatief meer voor dan bij volwassenen.

<sup>33</sup> Zorgprisma, <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/>

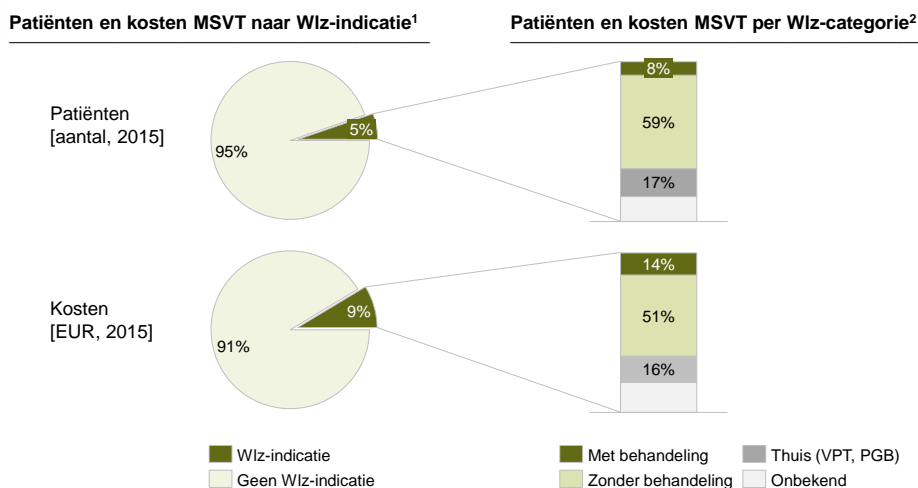
**Aandeel complexe MSVT naar leeftijd**  
[% personen, jaren, 2015]



Figuur 4: Aandeel complexe MSVT naar leeftijd.  
Bron: verzekeraarsdata, 2015

#### 4.2. Vijf procent MSVT-patiënten heeft Wlz-indicatie: kleine maar relatief dure groep

Een belangrijke vraag voor het kwantificeren van de impact van de nieuwe duiding is welk deel van de MSVT-patiënten in de huidige uitvoeringspraktijk een Wlz-indicatie heeft, en of het daarbij gaat om zorg met of zonder Wlz-behandeling (zie hoofdstuk 5). Figuur 5 geeft daartoe eerst de verdeling van patiënten en kosten naar Wlz-indicatie en splitst de groep met Wlz-indicatie vervolgens uit naar leveringsvorm.



Figuur 5: Patiënten en kosten MSVT naar Wlz-indicatie en -categorie.

Bron: Verzekeraarsdata, 2015. Bij de categorieën met behandeling en zonder behandeling gaat het om zorg in natura. De categorie 'Onbekend' omvat patiënten met ontbrekende leveringsvorm of patiënten met meerdere indicaties. De gegevens betreffen de door het zorgkantoor toegewezen zorg, het is dus niet zeker dat de zorg ook daadwerkelijk in deze vorm geleverd is. De kosten omvatten alleen het deel van de MSVT-kosten tijdens het van kracht zijn van de Wlz-indicatie (MSVT-kosten voorafgaand aan de Wlz-indicatie zijn dus niet meegenomen). Percentages gebaseerd op de gegevens van verzekerden van twee verzekeraars die ook woonachtig zijn in de zorgkantoorregio van die verzekeraars. Voor een eventueel verschil in aandeel Wlz-geïndiceerden binnen en buiten de zorgkantoorregio is hier nog niet gecorrigeerd (zie Hoofdstuk 5).



Uit Figuur 5 blijkt dat van de verzekerden woonachtig in één van de zorgkantoorregio's van deze verzekeraars met één of meer MSVT-declaratie(s) in 2015, 5% gelijktijdig een Wlz-indicatie had. Deze 5% was verantwoordelijk voor 9% van de MSVT-kosten van de verzekerden in de zorgkantoorregio's. Van degenen van wie de leveringsvorm bekend was, betrof het voor het grootste deel 'Wlz-zonder-behandeling' en een klein deel Wlz thuis in de vorm van Vpt of Mpt. In minder dan 10% van de gevallen betrof het een (toegewezen) leveringsvorm met behandeling<sup>34</sup>.

Deze aantallen sluiten aan bij het uit de interviews verkregen beeld dat van alle MSVT-patiënten slechts een klein deel een Wlz-indicatie heeft. De geïnterviewde transferverpleegkundigen en thuiszorgorganisaties spreken over 'enkelen per jaar' of 'op één hand te tellen'. Ook de zorgaanbieders die deelnamen aan de survey hadden óf weinig zicht op de combinatie MSVT en Wlz, of gaven aan slechts enkele MSVT-cliënten met een Wlz-indicatie te hebben (zie Bijlage C).

Uit de interviews kwam ook naar voren dat medisch specialisten de behandeling wat eerder over lijken te dragen aan een specialist ouderengeneeskunde dan aan de huisarts, vooral wanneer het wond- en stomazorg betreft. Dit kan te maken hebben met het vertrouwen dat zij hebben in de kennis en ervaring van deze beroepsgroep, maar ook met het feit dat zij de behandeling gegeven de beleidsregel ook vaker moeten overdragen.

#### 4.2.1. MSVT-patiënten met een Wlz-indicatie hebben relatief hoge MSVT-kosten

De MSVT-patiënt met een Wlz-indicatie heeft een ander profiel dan de gemiddelde MSVT-patiënt. Figuur 6 vergelijkt MSVT-patiënten onder verzekerden met een Wlz-indicatie op een aantal kenmerken met MSVT-patiënten in de gehele verzekerdenpopulatie. Wlz-geïndiceerden hebben gemiddeld hogere MSVT-kosten en een langere duur van de MSVT. Het aandeel complexe zorg ligt juist wat lager dan bij MSVT-patiënten in het algemeen. De gemiddelde leeftijd ligt hoger, net als het aandeel vrouwen. Dit komt overeen met de verwachtingen, omdat ouderen en vrouwen oververtegenwoordigd zijn in de Wlz.

Verzekerden		Verzekerden met Wlz-indicatie
• 81 dagen	<b>Gemiddelde duur</b>	• 115 dagen
• 2 000 EUR	<b>Gemiddelde kosten</b>	• 3300 EUR
• 28 % hoogcomplex, 72 % laagcomplex	<b>Verhouding uren hoog/laagcomplex</b>	• 23 % hoogcomplex, 77 % laagcomplex
• 62 jaar	<b>Gemiddelde leeftijd</b>	• 66 jaar
• 51 % V	<b>M/V verhouding</b>	• 57 % V

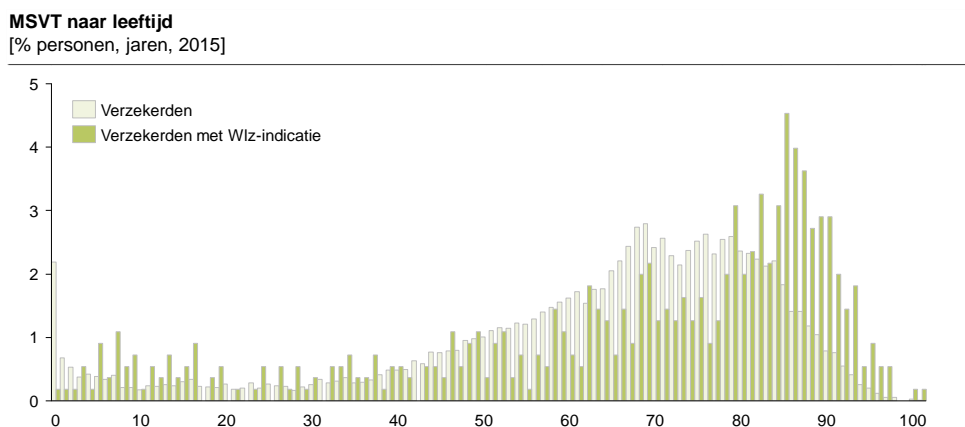
*Figuur 6: Kenmerken van MSVT-patiënten onder verzekerden en MSVT-patiënten met een Wlz-indicatie.*

*Bron: Verzekeraarsdata. Kolom 'Verzekerden' betreft alle verzekerden met MSVT-declaraties bij deze verzekeraars in 2015. Kolom 'verzekerden met Wlz-indicatie' betreft verzekerden in de zorgkantoorregio met een Wlz-indicatie tijdens MSVT in 2015. Gemiddelde kosten betreffen alle MSVT-kosten per patiënt in 2015, dus ook als deze niet gelijktijdig met de Wlz-indicatie gemaakt werden.*

<sup>34</sup> Het kleine aantal patiënten in de groep 'Wlz-met-behandeling' is niet verrassend gegeven het feit dat de combinatie met MSVT voor deze groep feitelijk niet toegestaan is (NZa beleidsregel AL/BR-0046). Daarbij moet wel aangetekend worden dat de voor dit onderzoek beschikbare informatie alleen toegewezen zorg omvat en niet de feitelijk ontvangen zorg. Uit de gesprekken met transferverpleegkundigen en medewerkers van thuiszorgaanbieders en de in de survey gegeven antwoorden bleek overigens dat sommige organisaties nooit MSVT leveren aan mensen met een Wlz-indicatie. Daarbij lijken ze geen rekening te houden met het feit of er sprake is van Wlz-behandeling of niet.

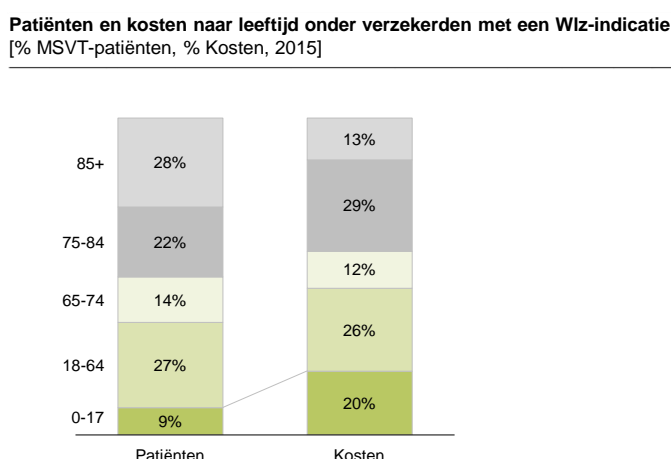


Figuur 7 vergelijkt de leeftijdsopbouw van MSVT-patiënten onder verzekerden met MSVT-patiënten met een Wlz-indicatie. Ook hier is te zien dat Wlz-cliënten gemiddeld ouder zijn. Daarnaast valt op dat de groep nuljarigen onder verzekerden relatief groot is, terwijl deze nauwelijks voorkomt bij Wlz-geïndiceerden. Dit komt waarschijnlijk doordat zorg voor prematuren vaak onder MSVT valt. Verder krijgen nuljarigen zelden een Wlz-indicatie omdat het ontwikkelperspectief op deze leeftijd nog niet duidelijk is.



Figuur 7: Leeftijdsverdeling van MSVT-patiënten naar Wlz-indicatie.  
Bron: Verzekeraarsdata. 'Verzekerden' betreft alle verzekerden met MSVT-declaraties in 2015. 'Verzekerden met Wlz-indicatie' betreft verzekerden in de zorgkantorregio met een Wlz-indicatie tijdens MSVT in 2015.

4.2.2. Kinderen zorgen voor ruim 20% van de MSVT-kosten bij Wlz-geïndiceerden  
De MSVT-kosten voor Wlz-geïndiceerden onder de 18 jaar maken 20% uit van de totale MSVT-kosten voor Wlz-geïndiceerden (Figuur 8). Dit is een relatief groot deel. Deels is dat te verklaren doordat Wlz-geïndiceerden onder de 18 jaar relatief vaak MSVT krijgen: 9% van de MSVT-patiënten met een Wlz-indicatie is jonger dan 18, terwijl maar 2% van de Wlz-geïndiceerden jonger dan 18 is<sup>35</sup>. Daarnaast is MSVT voor deze groep relatief duur, met MSVT-kosten per persoon van EUR 7800.



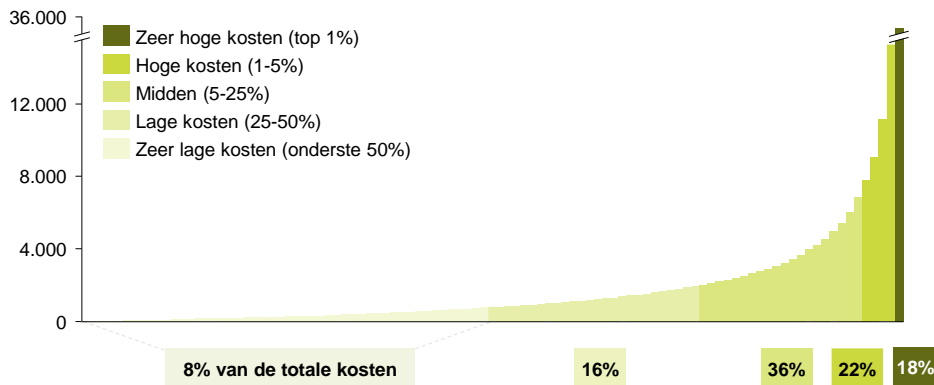
Figuur 8: Aantallen patiënten en MSVT-kosten onder verzekerden met een Wlz-indicatie naar leeftijdscategorie.  
Bron: Verzekeraarsdata. 'Verzekerden' betreft alle verzekerden met MSVT-declaraties bij deze verzekeraars in 2015. 'Verzekerden met Wlz-indicatie' betreft verzekerden in de zorgkantorregio met een Wlz-indicatie tijdens MSVT in 2015.

<sup>35</sup> Bron: CIZ-rapportage '1 jaar Wlz'

### 4.3. Klein deel MSVT-patiënten zorgt voor groot deel MSVT-kosten

Figuur 9 laat de verdeling van de MSVT-kosten per patiënt zien. Vijf procent van de MSVT-patiënten zorgde in 2015 voor 40% van de kosten, terwijl 50% van de patiënten een zeer lage zorgvraag had en maar voor 8 % van de kosten verantwoordelijk was.

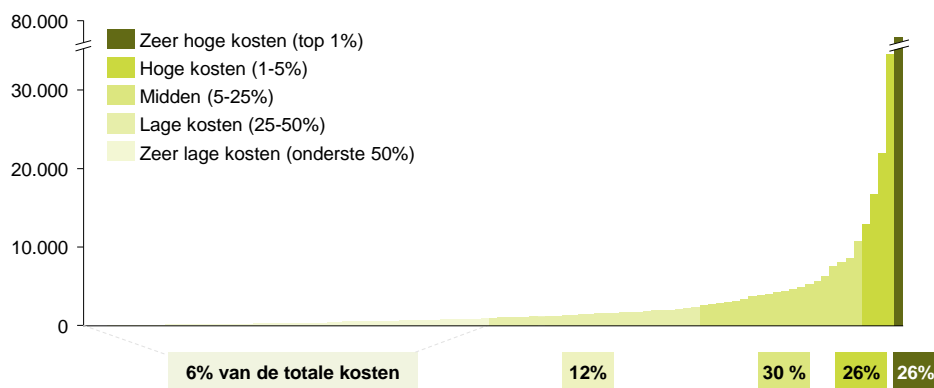
**Verdeling van de gemiddelde MSVT- kosten per patiënt**  
[EUR, X-as representeert verdeling MSVT-cliënten over centielen]



*Figuur 9: Frequentieverdeling van de MSVT-kosten per patiënt.  
Bron: verzekeraarsdata, alle verzekerden met MSVT-declaraties in 2015.*

Figuur 10 geeft opnieuw de verdeling van de MSVT kosten per patiënt, maar nu alleen voor de patiënten die in 2015 zowel MSVT als een Wlz-indicatie hadden. Hier komt de scheve verdeling van kosten nog scherper naar voren: 5% van de patiënten zorgde voor 52% van de MSVT- kosten. Dit zijn over het algemeen patiënten die een groot deel van het jaar intensieve zorg krijgen. De groep met zeer hoge kosten bestaat uit patiënten die 3 à 4 uur per dag MSVT kregen gedurende meer dan 40 weken in 2015. Dit betekent dat de regelgeving omtrent MSVT grote invloed kan hebben voor een kleine groep kwetsbare patiënten.

**Verdeling van de gemiddelde MSVT- kosten per patiënt met een Wlz-indicatie**  
[EUR, X-as representeert verdeling MSVT-cliënten over centielen]



*Figuur 10: Frequentieverdeling MSVT-kosten per Wlz- geïndiceerde patiënt.  
Bron: verzekeraarsdata, verzekerden in de zorgkantoorregio met een Wlz-indicatie tijdens MSVT in 2015.  
Kosten betreffen alle MSVT-kosten per patiënt in 2015, dus ook als deze niet gelijktijdig met de Wlz-indicatie gemaakt werden.*

## 5. Wat is het effect van de nieuwe duiding?

Wlz-cliënten *zonder* behandeling of met Wlz-zorg thuis kunnen in de huidige praktijk MSVT ontvangen vanuit de Zvw. Volgens de nieuwe duiding moet het deel van die zorg dat niet onder directe aansturing van de medisch specialist valt (EUR 2- 5 mln), uit de Wlz betaald worden. Aan de andere kant heeft de groep Wlz-cliënten *met* behandeling voor het deel van de verpleging onder directe aansturing van de medisch specialist juist aanspraak op de Zvw, terwijl deze zorg nu onder de Wlz valt. Eventuele knelpunten bij uitvoering van de nieuwe duiding worden vooral bij Wlz-instellingen verwacht en minder bij thuiszorgaanbieders en ziekenhuizen.

### 5.1. Op grond van de nieuwe duiding verschuift EUR 2-5 mln aan zorg van Zvw naar Wlz

Volgens het standpunt van ZIN omvat de Wlz-aanspraak alle noodzakelijke verpleging als onderdeel van een samenhangend pakket aan zorg<sup>36</sup>. De Wlz-aanspraak gaat daarmee ook over verpleging die noodzakelijk is vanwege een medisch specialistische behandeling.

Figuur 11 geeft de impact van de nieuwe duiding weer voor mensen met en zonder Wlz-indicatie en in situaties waarbij wel of niet sprake is van directe aansturing door de medisch specialist. De categorie 'Wlz-geïndiceerd' is daarbij verder opgesplitst in een groep met Wlz-met-behandeling, Wlz-zonder-behandeling en Wlz-thuis.

		Wlz-indicatie				Wlz-indicatie			
		ja, BH+	ja, BH-	ja, thuis	nee	ja, BH+	ja, BH-	ja, thuis	nee
		Huidige uitvoeringspraktijk				Volgens duiding ZIN			
Directe aansturing door medisch specialist	ja	Wlz	Zvw	Zvw	Zvw	Zvw <sup>1</sup>	Zvw	Zvw	Zvw
	nee	Wlz	Zvw	Zvw	Zvw	Wlz	Wlz	Wlz	Zvw

EUR 2 - 5 mln

Figuur 11: Bekostiging van verpleging buiten het ziekenhuis in de huidige situatie en volgens nieuwe duiding. BH+ staat voor een patiënt met een Wlz-indicatie in een instelling met toelating voor behandeling, BH- voor een patiënt met een Wlz-indicatie in een instelling zonder toelating voor behandeling. De rode omlijning geeft aan waar de veranderingen ten gevolge van de nieuwe duiding plaatsvinden.

<sup>1</sup>Volgens de nieuwe duiding heeft deze groep aanspraak op verpleging uit de Zvw. Er is op dit moment echter geen passende bekostiging (zie 5.2).

In de huidige uitvoeringspraktijk is verpleging thuis onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist voor Wlz-cliënten *zonder* behandeling en degenen die hun Wlz-zorg thuis ontvangen<sup>37</sup> bekostigd uit de Zvw. Zorgaanbieders kunnen deze zorg declareren onder de prestatie MSVT. Bij het in praktijk brengen van de duiding van ZIN kan dit alleen nog maar voor het deel van deze zorg

<sup>36</sup> Standpunt verpleging Wlz en Zvw, 2015078412

<sup>37</sup> in de vorm van Vpt, Mpt of Pgb

waar sprake is van directe aansturing door de medisch specialist. De zorg die daar niet aan voldoet, moet betaald worden uit de Wlz. Op basis van gegevens van zorgverzekeraars (horizontale as, kosten per Wlz-categorie) en zorgaanbieders (verticale as, wanneer is sprake van directe aansturing) gaat het hier om een bedrag tussen de EUR 2 en 5 mln. Om dit bedrag vast te stellen zijn 3 stappen doorlopen:

- 1) Bepalen op welke Wlz-leveringsvormen de nieuwe duiding precies effect heeft
- 2) Bepalen van de MSVT-kosten van patiënten met een gelijktijdige Wlz-indicatie
- 3) Bepalen van het aandeel van de nu als MSVT geleverde zorg dat *niet* onder directe aansturing van de medisch specialist valt

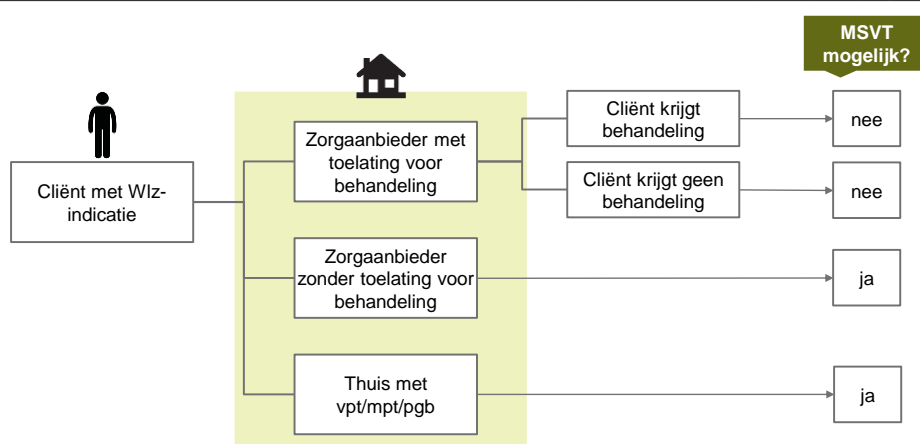
Het aandeel door Wlz-geïndiceerden gemaakte MSVT-kosten in stap 2 is vrij nauwkeurig in te schatten op 6-7.5 mln, maar het in stap 3 berekende deel dat niet onder directe aansturing valt kent een forse bandbreedte van 30-65%. Dit is echter onvermijdbaar gezien de aard van deze inschatting (zie 5.1.3.)

5.1.1. Met de nieuwe duiding verschuift deel nu als MSVT geleverde zorg voor Wlz-geïndiceerden zonder behandeling en thuis van Zvw naar Wlz

In Stap 1 is vastgesteld op welke groepen Wlz-geïndiceerden de nieuwe duiding nu precies impact heeft: voor Wlz-geïndiceerden *zonder* behandeling en degenen die hun Wlz-zorg thuis ontvangen verschuift de nu als MSVT geleverde zorg van Zvw naar Wlz (rood omlijnende vakken in Figuur 11). Daarnaast kan de groep Wlz-cliënten *met* behandeling aanspraak maken op de Zvw wanneer de verpleging die zij ontvangen onder directe aansturing van de medisch specialist valt (rood gestippeld omlijnende vak in Figuur 11).

Om bovenstaande verschuivingen te kunnen vaststellen is eerst onderzocht voor welke leveringsvormen de combinatie van MSVT en een Wlz-indicatie in de huidige situatie een optie is. Op basis van de Beleidsregel AL/BR-0046 zijn de huidige mogelijkheden als volgt:

Combinatie Wlz-indicatie en MSVT in huidige situatie (o.b.v. beleidsregel AL/BR-0046)



Figuur 12: Wlz-indicatie in combinatie met MSVT op basis van beleidsregel AL/BR-0046.

Daarbij geldt dat het voor de *aanspraak* niet van belang is welk zorgprofiel (voormalig zorgzwaartepakket, ook als dit geen verpleging omvat) of welke leveringsvorm (verblijf in instelling, vpt, mpt of pgb) de cliënt heeft<sup>38</sup>. De NZa beleidsregel<sup>39</sup> maakt het op dit moment echter niet mogelijk om MSVT te leveren aan een patiënt die verblijft in een Wlz-instelling met toelating voor behandeling (ook niet wanneer er sprake is van directe aansturing):

*Er is sprake van verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, indien wordt voldaan aan elk van de volgende voorwaarden:*

- a. *Het gaat om verpleegkundige handelingen, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening **zonder dat die handelingen geleverd worden aan een patiënt die verblijft in een zorginstelling op een bed waarvoor een toelating voor de zorgvorm behandeling**, zoals bedoeld in artikel 3.1.1 eerste lid onderdeel c van de Wet langdurige zorg (Wlz) is afgegeven;*<sup>40</sup>
- b. *Er is een indicatiestelling aanwezig voor verpleging, noodzakelijk in de thuissituatie in verband met medisch specialistische zorg, van de medisch specialist*

Deze formulering is wat achterhaald, omdat toelating van een zorginstelling volgens de WTZi voor het leveren van zorg in de Wlz tegenwoordig gebeurt voor de zorginstelling als geheel en niet langer per bed. Voor zorgaanbieders die MSVT willen declareren is het dan ook belangrijk te weten of er geen sprake kan zijn van MSVT als de patiënt verblijft in een instelling met toelating voor Wlz-behandeling, of dat dat alleen geldt wanneer die patiënt zelf ook daadwerkelijk Wlz-behandeling ontvangt.

Na overleg met NZa en ZIN is hierover het volgende geconcludeerd:

- Voor de aanspraak gaat ZIN uit van de feitelijke situatie van de patiënt, dus of deze Wlz-behandeling ontvangt of niet
- Voor de bekostiging gaat de NZa uit van de toelating van de zorginstelling als geheel
- Daarnaast maakt de koppeling met de thuissituatie in beleidsregel AL/BR-0046 dat MSVT per definitie uitgesloten is voor mensen die verblijven in een zorginstelling met toelating voor behandeling, omdat:

*Onder 'thuissituatie' wordt verstaan:*

- Een woonhuis;
- Een zorginstelling zonder toelating voor behandeling zoals bedoeld in het eerste lid zoals omschreven in artikel 3.1.1 eerste lid Wlz<sup>41</sup>.

De koppeling met de thuissituatie in Beleidsregel AL/BR-0046 betekent ook dat een Wlz-leveringsvorm zonder verblijf, zoals vpt, mpt en pgb, altijd mogelijk is in combinatie met MSVT. Er is immers altijd sprake van een thuissituatie, waarmee de vraag naar het al dan niet aanwezig zijn van Wlz-behandeling, voor deze groep niet meer relevant is.

---

<sup>38</sup> Standpunt verpleging Wlz en Zvw, 2015078412

<sup>39</sup> NZa beleidsregel AL/BR-0046, ingesteld op basis van aanwijzing van VWS.

<sup>40</sup> Artikel 3.1.1 eerste lid onderdeel c van de Wlz: [...] behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde

<sup>41</sup> NZa beleidsregel AL/BR-0046

Aan de andere kant kan de groep Wlz-cliënten met behandeling volgens de duiding van ZIN aanspraak maken op de Zvw voor dat deel van de verpleging dat onder directe aansturing van de medisch specialist valt (rood gestippeld omliggende vak in Figuur 11). Vanuit de bekostiging is dit op dit moment niet mogelijk in de vorm van de MSVT-prestaties vanwege de koppeling met de thuissituatie in beleidsregel AL/BR-0046. Er zijn dus ook geen gegevens over deze groep beschikbaar bij zorgaanbieders of zorgverzekeraars.

Voor de volledigheid vermelden we hier ook de situatie zoals beschreven in Beleidsregel CA-BR-1607c, waaruit blijkt dat het in bepaalde gevallen mogelijk is om Wlz-behandeling te krijgen met een ZZP zonder behandeling. Het gaat dan bijvoorbeeld om een verzorgingshuis zonder toelating voor behandeling, waar geen specialist ouderengeneeskunde aanwezig is. Wanneer de zorgvraag te complex is voor de huisarts kan een specialist ouderengeneeskunde van een andere zorgaanbieder ingeschakeld worden. Die zorgaanbieder kan de zorg dan declareren als modulaire zorg<sup>42</sup>. Wanneer we aannemen dat instellingen die van deze regeling gebruikmaken geen toelating voor behandeling zullen hebben zou het voor deze groep dus in principe ook mogelijk zijn om MSVT te declareren naast de Wlz-behandeling. In de praktijk komt deze combinatie echter maar sporadisch voor.

5.1.2. De MSVT-kosten voor patiënten met een Wlz-indicatie liggen tussen de EUR 6 en 7.5 mln. In stap 2 zijn de MSVT-kosten van patiënten met een gelijktijdige Wlz-indicatie bepaald uit de voor dit onderzoek beschikbare verzekeraarsgegevens. Geëxtrapoleerd naar heel Nederland gaat het hier om een bedrag tussen de EUR 6 en 7.5 mln.

Figuur 13 illustreert hoe deze bandbreedte tot stand gekomen is. De voor dit onderzoek beschikbare gegevens omvatten de MSVT-kosten bij Wlz-geïndiceerden onder verzekerden van de betreffende verzekeraar, in de zorgkantoorregio van de betreffende verzekeraar. Dit betreft dus slechts een deel van de beoogde populatie: er is per verzekeraar een opschaling nodig van 'Wlz-verzekerden bij één zorgverzekeraar in haar zorgkantoorregio' naar 'alle Wlz-verzekerden in de zorgkantoorregio' naar 'alle Wlz-geïndiceerden in Nederland'. Voor de eerste opschaling is het marktaandeel onder Wlz-geïndiceerden van de betreffende verzekeraar in haar zorgkantoorregio gebruikt<sup>43</sup> (stap 1 in Figuur 13). De opschaling naar alle Wlz-geïndiceerden in Nederland (stap 2 in Figuur 13) is vervolgens gemaakt op basis van informatie over het deel van de Wlz-geïndiceerden in Nederland dat in de betreffende zorgkantoorregio's woont<sup>44</sup>. Een uitgebreidere beschrijving van de gebruikte methode en de onzekerheden waarmee in de bandbreedte rekening is gehouden is te vinden in Bijlage E.

---

<sup>42</sup> NZa, Beleidsregel CA-BR-1607c, De behandelprestaties kunnen worden toegekend voor zover de totale kosten (beleidsregelswaarde ZZP-exclusief behandeling + uitgaven afzonderlijke behandelprestaties) daarvan niet de maximale beleidsregelwaarde voor ZZP inclusief behandeling overschrijden.

<sup>43</sup> Deze informatie is beschikbaar gesteld door de betreffende verzekeraars

<sup>44</sup> CBS, Monitor Langdurige Zorg, Personen met indicatie ZZV en/of ZMV, 2014.



Figuur 13: Illustratie van extrapolatie van gegevens over MSVT-kosten bij Wlz-geïndiceerden bij één zorgverzekeraar in haar zorgkantoorregio naar MSVT-kosten bij Wlz-geïndiceerden in heel Nederland. Het rekenvoorbeeld is fictief.

### 5.1.3. 35-70% van alle MSVT voldoet aan de criteria voor directe aansturing

In stap 3 is het deel van de zorg dat onder directe aansturing valt (de verticale as in Figuur 11) ingeschat op basis van door zorgaanbieders geregistreerde gegevens, de in de interviews en survey verzamelde informatie, discussie met betrokkenen vanuit NZa en ZIN en bespreking in de klankbordgroep. Dit levert een inschatting op van het aandeel directe aansturing van 35-70%. De rest voldoet dus niet aan deze definitie en valt met de nieuwe duiding niet meer onder de Zvw, maar onder de Wlz.

Om tot deze inschatting te komen is eerst de definitie van directe aansturing verder aangescherpt. Vervolgens is per MSVT-categorie bepaald aan welke criteria voor directe aansturing is voldaan.

#### Aanscherpen definitie van directe aansturing

Het ZIN definieert directe aansturing als volgt:

*Onder directe aansturing verstaan we dat de medisch specialist direct opdracht geeft voor de verpleegkundige handelingen, daarvoor aanwijzingen geeft, en het toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst door de medisch specialist voldoende is geregeld. De medisch specialist zorgt ervoor dat hij of zijn vervanger altijd kan interveniëren<sup>45</sup>*

Vervolgens stelt zij dat

*[Dit gaat] om uitzonderlijke situaties, waarbij veelal ziekenhuisopname moet worden overwogen.<sup>46</sup>*

Tijdens de interviews en uit de surveyresultaten blijkt deze definitie voor zowel medisch specialisten, transferverpleegkundigen als thuiszorgorganisaties verwarrend te zijn: de eerste tekst lijkt op een groot deel van de door hen nu als MSVT geregelde of geleverde zorg van

<sup>45</sup> Standpunt verpleging Wlz en Zvw, 2015078412

<sup>46</sup> Idem.



toepassing<sup>47</sup>. Dit is echter niet in lijn met de aanvulling daaronder, die over ‘uitzonderlijke situaties’ spreekt. Ter verduidelijking van het begrip ‘directe aansturing’ heeft het ZIN daarom de volgende criteria opgesteld:

- 1) De verpleging is **onderdeel van de medisch specialistische behandeling**
- 2) De medisch specialist vindt het **noodzakelijk dat hij/zij direct kan interveniëren** in de behandeling
- 3) Geeft **concrete en gedetailleerde opdracht** over de verpleegkundige zorg
- 4) Regelt **actieve informatieverstrekking** over het verloop van de behandeling
- 5) **Evalueert** op grond daarvan de behandeling en **stelt die zo nodig bij**

Om de *omvang* van de zorg die onder directe aansturing valt te kunnen bepalen zijn vooral criteria 1 en 2 van belang. Deze criteria horen onlosmakelijk bij elkaar en geven aan dat sprake is van MSZ-zorg, waar verpleging bij nodig is (ongeacht de locatie, dus zowel thuis als in een Wlz-instelling). Wanneer aan beide criteria is voldaan is er sprake van directe aansturing, wanneer hier niet aan is voldaan is er geen sprake van directe aansturing.

Het eerste criterium is daarbij nooit geheel objectief te maken, omdat het per specialist kan verschillen of hij/zij de zorg (nog) als onderdeel van de medisch specialistische behandeling beschouwt. Het tweede criterium is wellicht het meest heldere: het betekent dat het voor deze zorg nodig is dat de specialist 24/7 bereikbaar is, eventueel zoals gebruikelijk in het ziekenhuis via een andere medewerker. Het gaat dus om de vraag: “wie moet er gebeld worden als er midden in de nacht iets met deze patiënt gebeurt?”. De criteria 3-5 zijn belangrijke elementen van de directe aansturing, maar in de praktijk wellicht onvoldoende onderscheidend.

Een mogelijk aanvullend criterium voor directe aansturing is dat het ziekenhuis of de specialist in deze specifieke situaties scholing of training aanbiedt aan de verpleegkundigen die de zorg thuis zullen gaan verlenen. Dit is echter alleen een extra argument dat er inderdaad sprake is van directe aansturing, wanneer ook aan de eerste 2 criteria is voldaan. Wanneer alleen aan dit criterium is voldaan is dat onvoldoende om te kunnen spreken van directe aansturing.

Een ander mogelijk aanvullend criterium voor directe aansturing is of de specialist zelf betrokken is bij de eisen aan of de selectie van de uitvoerend zorgaanbieder. Dit bleek echter geen geschikt criterium, omdat dit in de praktijk vaak geregeld is in een raamovereenkomst tussen ziekenhuis en thuiszorgaanbieder en de specialist daar geen invloed op heeft in individuele gevallen.

Tot slot is de toevoeging van ZIN in de duiding, namelijk of er sprake is van een situatie waarin ziekenhuisopname moet worden overwogen als alternatief, besproken als mogelijk additioneel criterium. Na overleg met ZIN en NZa is echter besloten dat dit geen criterium zou moeten zijn om het aandeel directe aansturing te bepalen<sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup> Eén van de thuiszorgaanbieders formuleert het zelfs als volgt: “Wij werken geheel volgens [de] ‘nieuwe duiding’. Wij kunnen ons niet voorstellen dat er aanbieders MSVT declareren terwijl er geen ‘directe aansturing’ is door de medisch specialist van het ziekenhuis.”

<sup>48</sup> Naar aanleiding van de bevindingen tijdens dit onderzoek is ZIN voornemens deze toevoeging uit de duiding te halen.



Per MSVT-categorie bepalen aan welke criteria voor directe aansturing is voldaan

Vervolgens is een matrix opgesteld waarin per praktijksituatie aangegeven is of deze aan de criteria voor directe aansturing voldoet (Figuur 14).

Tabel met mogelijke criteria voor directe aansturing

Voor deze zorg in de thuissituatie...	... is de verpleging onderdeel van de medisch specialistische behandeling	... is het noodzakelijk dat de medisch specialist direct kan interveniëren in de behandeling	... biedt het ziekenhuis scholing of training aan	In hoeverre aan deze criteria wordt voldaan is niet rechtstreeks uit de data van de zorgaanbieder te halen
<b>Infuustechnologie</b>				
Antibiotica	●	●	●	
Bloed	●	●	●	
Dure- en wees-geneesmiddelen	●	●	●	
Overige ziekenhuis-medicatie	●	●	●	

● vrijwel altijd  
 ● soms wel, soms niet  
 ● vrijwel nooit

Praktijksituaties zijn afkomstig uit de zorgaanbiederdata  
 Per criterium voor directe aansturing geven we aan welk deel van de zorg hieraan voldoet

Figuur 14. Het deel van de MSVT-zorg dat onder directe aansturing valt is ingeschat op basis van gegevens van zorgaanbieders.

In deze matrix is de indeling in hoofdgroepen gelijk aan die in Hoofdstuk 2. De beschreven situaties onder elke hoofdgroep zijn afkomstig uit de interviews en de door zorgaanbieders ter beschikking gestelde gegevens. De inschatting of al dan niet aan een criterium is voldaan is gemaakt op basis van de in de interviews en survey verzamelde gegevens, discussie met betrokkenen vanuit NZa en ZIN en bespreking in de klankbordgroep. De volledige matrix is weergegeven in Bijlage F. Bijlage G geeft daarnaast een aantal voorbeelden van situaties waarin vrijwel altijd of juist vrijwel nooit sprake is van directe aansturing.

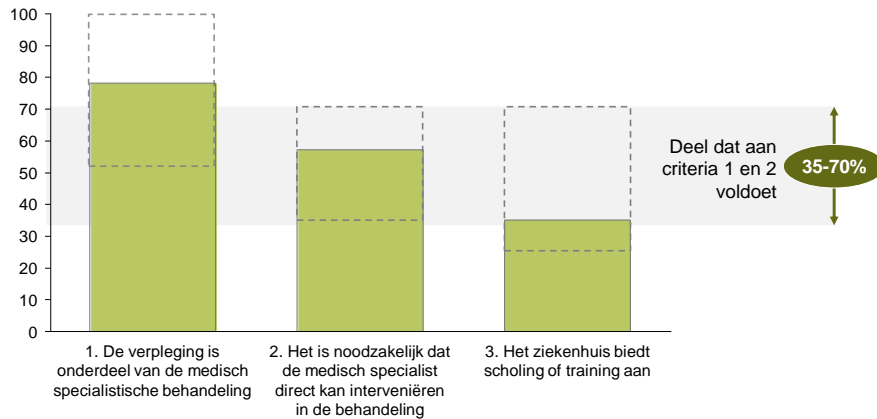
#### Vaststellen aandeel in totaal volume per MSVT-categorie

Om de omvang van de zorg die onder directe aansturing valt te kunnen bepalen is een inschatting van de verdeling van kosten of volume van MSVT over de verschillende praktijksituaties in Figuur 14 nodig. Hiervoor waren de indicatieformulieren MSVT, uitvoeringsverzoeken en het bijbehorende aantal geleverde uren<sup>49</sup> MSVT-zorg beschikbaar van twee zorgaanbieders. Om een zo representatief mogelijk beeld te verkrijgen is gekozen voor aanbieders met een groot aantal MSVT-patiënten per jaar (>750) en die het hele spectrum aan laag- en hoogcomplexe MSVT leveren. Per individuele patiënt in de steekproef is bepaald in welke categorie deze viel (de rijen in de tabel).

Figuur 15 combineert de informatie uit stap 2 en 3 en geeft een inschatting van het deel van het MSVT-volume dat onder directe aansturing van de medisch specialist valt bij verschillende combinaties van de criteria uit de tabel. De groene blokken geven per criterium aan welk deel van de MSVT aan dit criterium voldoet, waarbij de gestreepte lijnen een inschatting geven van de boven en ondergrens. Het grijze blok geeft de boven- en ondergrens weer van het percentage van het MSVT-volume dat voldoet aan zowel het eerste als tweede criterium voor directe aansturing, dit is 35-70% van het MSVT-volume.

<sup>49</sup> Het geleverde volume (uren zorg) vormt daarmee een proxy voor de totale kosten. De kosten per patiënt konden helaas niet beschikbaar gesteld worden door de zorgaanbieders.

**Deel van MSVT dat voldoet aan criteria**  
 [% uren, bandbreedte aangegeven met grijze stippellijnen, 2015]



Figuur 15: Inschatting deel van MSVT dat onder directe aansturing valt bij verschillende criteria.

## 5.2. Eventuele knelpunten bij uitvoering van de nieuwe duiding vooral bij Wlz-aanbieders

In de interviews is aandacht besteed aan de verwachte knel- en aandachtspunten bij het in de praktijk brengen van de nieuwe duiding. Daarbij lag de nadruk op de zorg die dan niet meer uit de Zvw betaald wordt, dus zorg die aanbieders nu leveren als MSVT maar waarbij geen sprake is van directe aansturing door de medisch specialist.

### 5.2.1. Grootste knelpunten verwacht bij Wlz- aanbieders en hun cliënten

Geïnterviewden geven aan dat het vooral belangrijk is dat Wlz-cliënten de zorg die nodig is in verband met medisch specialistische behandeling kunnen blijven ontvangen van bekwame verpleegkundigen. Zij zien daarbij mogelijke knelpunten op twee gebieden: de kwaliteit van de geleverde zorg en de impact op het Wlz-budget. Met betrekking tot de eigen bijdrage van cliënten vallen geen knelpunten te verwachten.

#### *Impact op kwaliteit van zorg*

De zorg die nu als MSVT geleverd wordt vraagt vaak een hoge deskundigheid. Slechts een klein deel van de Wlz-instellingen heeft die expertise zelf in huis. Voor de meeste medewerkers van een Wlz-instelling gaat het om handelingen die zij in hun werk weinig tegenkomen, wat betekent dat zelfs als een instelling medewerkers heeft die *bevoegd* zijn voor het uitvoeren van de handeling, deze medewerkers hier nog niet *bekwaam* in zijn.

Volgens medewerkers van transferbureaus en thuiszorgorganisaties richten steeds meer grotere intramurale zorgorganisaties een eigen 'techno-team' of 'high care' op om aan meer complexe zorgvragen van hun bewoners tegemoet te kunnen komen. Dit zullen echter vrijwel altijd organisaties zijn die al een toelating voor behandeling hebben.

Tot slot benadrukt men dat wanneer afstemming met de medisch specialist nodig is, dit mogelijk moet zijn, ook als de zorg niet meer uit de Zvw betaald wordt. Overigens zijn zulke zorginhoudelijke contacten (tussen verpleegkundige en huisarts, of tussen verpleegkundige en medisch specialist) op dit moment ook niet afhankelijk van de bekostiging.

#### *Impact op Wlz-budget*

Omdat de meeste Wlz-instellingen de voor de nu als MSVT geleverde zorg benodigde deskundigheid niet zelf in huis hebben, zullen zij die zorg bij anderen moeten inkopen uit hetzelfde budget waaruit zij ook ADL-zorg en dagbesteding moeten betalen. De vrees bestaat dat de (tijdelijke) extra specialistische verpleging ten koste zal gaan van de dagbesteding of ADL-zorg.

#### *Impact op eigen bijdrage*

Een verschil tussen verpleging in de Wlz en in de Zvw is dat cliënten voor het laatste geen eigen bijdrage betalen. Bij het in praktijk brengen van de nieuwe duiding vallen daar echter geen knelpunten te verwachten, omdat cliënten met een Wlz-indicatie die eigen bijdrage sowieso al betalen. Die bijdrage is niet afhankelijk van de hoeveelheid zorg die men gebruikt, maar van het inkomen, het vermogen, de leeftijd en de gezinssamenstelling van de cliënt<sup>50</sup>.

#### 5.2.2. De impact op thuiszorgaanbieders is waarschijnlijk beperkt

Tijdens de interviews werden nauwelijks knelpunten voor thuiszorgaanbieders aangedragen. Omdat het om beperkte aantallen cliënten gaat, is de impact op hun omzet gering. Wel verwacht men meer discussie over tarieven wanneer een Wlz-instelling de benodigde expertise bij hen moet inhuren, omdat de huidige budgetten niet op deze extra zorg berekend zijn.

#### 5.2.3. Voor ziekenhuizen is belangrijk dat de toediening van dure geneesmiddelen goed geregeld is

Voor ziekenhuizen is het vooral van belang dat zij invloed houden op de toediening van dure geneesmiddelen waarvoor het ziekenhuis verantwoordelijk is. Ook als die toediening plaatsvindt bij cliënten met een Wlz-indicatie. Dit betreft meestal ook medicatie waar een huisarts of specialist ouderengeneeskunde onvoldoende ervaring mee heeft, waardoor overdracht van de verantwoordelijkheid vaak niet verantwoord is.

Daarnaast voorziet men dat Wlz-cliënten langer in het ziekenhuizen blijven omdat de instelling waarnaar de patiënt terug zou moeten keren de zorg niet kan leveren of betalen.

---

<sup>50</sup> CAK, Eigen bijdrage zorg met verblijf 2015.

## Bijlage A: Geïnterviewde zorgverleners en samenstelling klankbordgroep

Geïnterviewde zorgverleners

In het kader van dit onderzoek is gesproken met de volgende zorgverleners en deskundigen:

### *Transferbureaus*

- Transferbureau Erasmus MC (Wijnie Nijssen)
- Transferbureau Gelre ziekenhuizen (Evelien van Gelder)
- Transferbureau Ziekenhuis Amstelland (Milly Henneman en Anieta Vos)
- Transferbureau opleidingsziekenhuis

### *Thuiszorgaanbieders*

- ActiVite (Jan Huigsloot, Anne van Velzen)
- Verian (Gerlinde Vorderman, Gerda Kornelius en Carel Mikkers)
- Zorggroep Noord-West Veluwe (Alexandra Kaal)
- Zorgfront (Haidy Tjoe-A-On en S. Koole-Jamaludin)
- Twee grote thuiszorgaanbieders die verpleging & verzorging, laag- en hoogcomplex MSVT leveren

### *Medisch en verpleegkundig specialisten*

- Hannerieke van den Hout, kinderneuroloog stofwisselingsziekten, Erasmus MC
- Nol Verbeek, verpleegkundig specialist oncologie, St. Antonius Ziekenhuis
- Internist-nefroloog, opleidingsziekenhuis
- Internist- hematoloog, perifeer ziekenhuis
- Jeroen Bransen, chirurg in opleiding, Catharina Ziekenhuis

### *Overige gesprekspartners*

- Eef Peelen, voorzitter V&VN Transferverpleegkundigen
- Jacqueline Kasten, voorzitter BMKT
- Jacob Hofdijk en Jos van Adrichem, VGVK

Samenstelling klankbordgroep

De klankbordgroep voor dit onderzoek bestond uit de volgende leden:

- Emi van Galen, Actiz
- Mirjam Maasdam, Zorgverzekeraars Nederland
- Mariska de Bont, V&VN
- Lindy Hilgerdenaar, BTN

## Bijlage B: Indicatieformulier MSVT

Hieronder staat een voorbeeld van het indicatieformulier MSVT, zoals in gebruik bij veel zorgaanbieders en -verzekeraars. Dit formulier is tot stand gekomen in onderling overleg tussen veldpartijen.

### Indicatie MSVT

(verpleging in de thuissituatie onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist)

#### Zorgverzekeringswet (Zvw)

Naam ziekenhuis.....

AGB code.....

Gegevens/ sticker patiënt/cliënt: en uitvoerend thuiszorgorganisatie

Datum 1<sup>ste</sup> aanvraag:.....

Naam:.....	geslacht: M / V	Zorgverzekeraar.....
Voorletters:.....	geboortedatum.....	Telefoonnummer:.....
Adres: .....	huisnummer.....	nummer verzekering.....
Postcode:.....	Woonplaats:.....	BSN:.....
		Thuiszorgorganisatie:.....

**Criterion: Onderstaande uit te voeren handelingen vallen alleen onder MSVT wanneer de uitvoering onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist valt.**

Hoogcomplex	Infuustechnologie, toedienen medicatie/vocht/bloed	normtijd	Afwijkende tijd
√	nr		
	1	inzetten/starten medicatietoediening via een pomp (morphine, dormicum)	60
	2	het toedienen of aansluiten van intraveneuze medicatie	30
	3	toedienen te prepareren medicatie via rechtstreekse intraveneuze injectie of via een lopend infuus	20
	4	inbrengen perifere catheter	30
	5	aanwezigheid gedurende de toediening van medicatie, bv antibiotica of chemo en aansluiten en afkoppelen	60-180
	6	aansluiten en afkoppelen elastomeerpomp/infuuspomp	45
	7	aanprikken PAC of aankoppelen CVC of PICC tbv toedienen van medicatie / vocht	30
	8	afsluiten medicatie en of flushen, plaatsen van slot (heparineslot/ NaCl slot) bij CVC, PICC of PAC en verwijderen gripper-naald bij een PAC	30
	9	verzorging insteek/uittrede plaats PAC, CVC, PICC of perifeerinfuus	30
	10	TPV aan en of afkoppelen	30
	11	intrathecaal medicatie toediening / wissel bacteriefilter	60
	12	oplossen / bereiden medicatie	30
	13a	bloedtransfusie voorbereiding	60
	13b	aanwezigheid bij inloop bloedtransfusie per zak	60-180
	13c	afsluiten en materiaal retour lab	60
Hoogcomplex	Overige verpleegkundige handelingen		
	14	uitzuigen trachea, mond/keelholte	20
	15	verwisselen van de buitencanule	30
	16	drainage maag/ thorax	20
	17	peritoneaal dialyse	?
Laagcomplex	Wond- en/of stomazorg		
	1	verzorging wonden/niet-intacte huid rondom onnatuurlijke lichaamsopeningen	15
	2	wondverzorging	30
	3	zalven niet-intacte huid	10
	4	aanleggen druk/steunverband na wondverzorging per lokalisatie	15
	5	VAC therapie	30-45
	6	stomazorg bij complicaties	30
	7	spoelen van een drain /katheter in een niet natuurlijke lichaamsopening	20
Laagcomplex	Overige verpleegkundige handelingen		
	8	compressief zwachtelen 1 been / 2 benen	15/25
	9	inbrengen peritoneaal sonde (PEG, Mickeybutton)	45
	10	subcutane injecties	10
Indien extra tijd geïndiceerd boven normtijd, toelichting reden:			

Aantal zorgmomenten .....X per <input type="checkbox"/> dag / <input type="checkbox"/> week / <input type="checkbox"/> anders nl..... <b>startdatum</b> ..... (verwachte) <b>einddatum</b> ..... Indien verwachte einddatum niet is te stellen, is verwachte einddatum gelijk aan de maximale termijn van 3 maanden. In uitzonderingsgevallen kan gebruik worden gemaakt van een indicatie voor maximaal 6 of 12 maanden. Zie hiervoor de bijgevoegde handleiding indicatie MSVT. De uitzonderingssituatie dient onderbouwd te zijn in het overdrachtsformulier zorg en/ of uitvoeringsverzoek (wat van toepassing is) en kort toegelicht op dit indicatieformulier. Indiciestelling: 6 / 12 maanden na startdatum, reden: ..... .....	
<b>Bereikbaarheid ziekenhuis</b>  ..... <b>Specialist</b>  ..... <input type="checkbox"/> zie het uitvoeringsverzoek	
<b>Identificatie:</b> Afdeling/specialisme.....AGB code:..... Naam specialist.....Handtekening.....	
<b>Indien van toepassing</b> <b>Datum 1<sup>ste</sup> verlenging</b> ..... (herziene verwachte) einddatum .....(max 3 mnd)  Betreft uitzonderingssituatie, daarom verlenging <input type="checkbox"/> max 6 mnd / <input type="checkbox"/> max 12 mnd na vervaldatum 1 <sup>e</sup> aanvraag : reden ..... ..... Handtekening:.....	<b>Indien van toepassing</b> <b>Datum 2e verlenging</b> ..... (herziene verwachte) einddatum ..... (max 3mnd)  Betreft uitzonderingssituatie, daarom verlenging: <input type="checkbox"/> max 6 mnd / <input type="checkbox"/> max 12 mnd na vervaldatum 1ste verlenging: reden ..... ..... Handtekening:.....



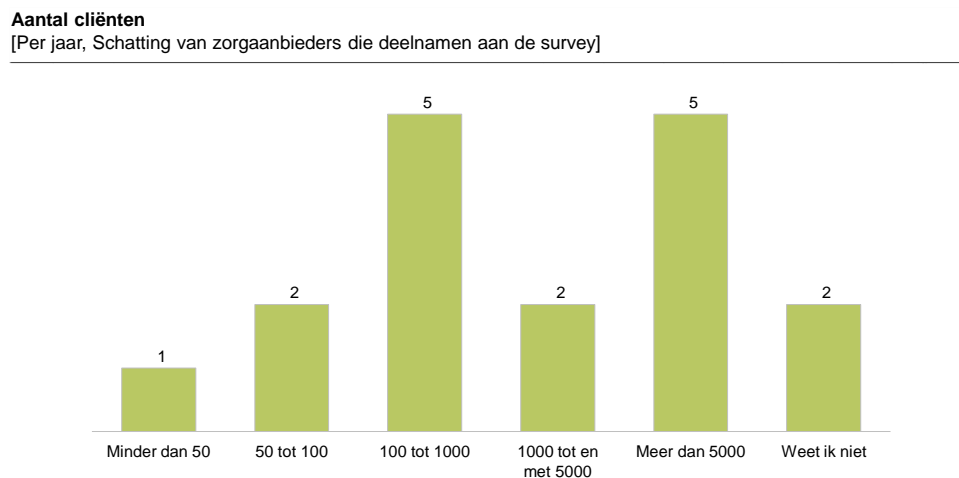
## Bijlage C: Resultaten survey

Om op korte termijn een overzicht te verkrijgen van de huidige uitvoeringspraktijk van MSVT is de informatie uit de interviews aangevuld en getoetst met een gerichte survey onder zorgaanbieders. De survey is uitgezet onder leden van Actiz en BTN, waarbij zorgaanbieders die regelmatig met MSVT te maken hebben via een nieuwsbrief of gericht per e-mail over deelname benaderd zijn.

De survey bestond uit 17 vragen waarvan het invullen minder dan een kwartier zou moeten kosten. Een deel van de vragen richtte zich op de omvang van MSVT binnen de organisatie en de andere typen zorg die de organisatie aanbiedt. Vervolgens werd ingegaan op de soort zorg die de organisatie als MSVT aanbiedt en de mate waarin deze zorg onder directe aansturing valt. Tot slot is gevraagd naar een eventuele voorkeur voor gespecialiseerde (wijk)verpleging of MSVT en was er ruimte voor aanvullende opmerkingen, vragen of suggesties.

Hieronder volgt een kort overzicht van de surveyresultaten.

Aan de survey namen 17 zorgaanbieders met verschillende profielen deel. Zeventien zorgaanbieders hebben deelgenomen aan de survey. Deze leverden allemaal laagcomplexiteit MSVT en (wijk)verpleging onder het kader Verpleging en Verzorging in de Zvw. Twaalf van hen leverden ook gespecialiseerde (wijk)verpleging onder het kader Verpleging en Verzorging in de Zvw aan en elf leverden hoogcomplexiteit MSVT. De zorgaanbieders varieerden sterk in grootte: het aantal cliënten liep uiteen van minder dan 50 tot meer dan 5000 per jaar (Figuur 16).



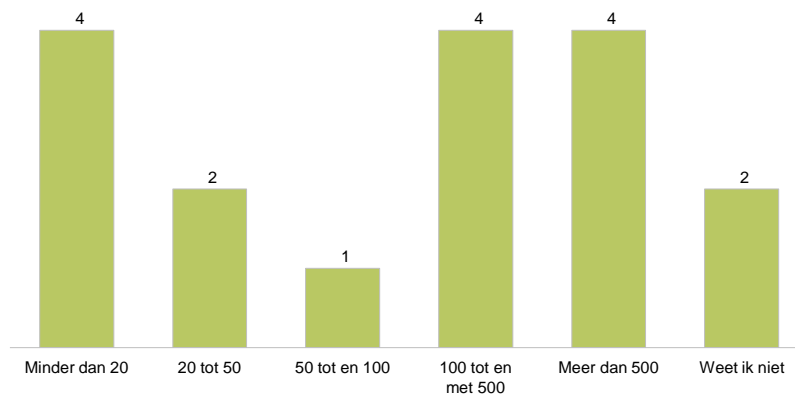
Figuur 16: Totaal aantal cliënten per jaar van zorgaanbieders die deelnamen aan de survey.

De combinatie van MSVT en Wlz komt weinig voor, ook bij grote zorgaanbieders. Het aantal MSVT-patiënten bij de surveydeelnemers varieerde van minder dan 20 tot meer dan 500, uiteraard mede afhankelijk van de grootte van de organisatie (Figuur 17).

Van de combinatie MSVT en Wlz hadden de surveydeelnemers vaak geen goed beeld. Zes van de 16 zorgaanbieders konden het aantal MSVT-cliënten met een Wlz-indicatie niet inschatten. Bij de aanbieders die wel een inschatting konden maken ging het om enkele cliënten (Figuur 18). Slechts één grote aanbieder gaf aan meer dan 10 MSVT-patiënten met een Wlz-indicatie te hebben. Enkele zorgaanbieders gaven als commentaar dat de combinatie van MSVT en Wlz niet mogelijk is. Zij leken daarbij geen rekening te houden met het feit of er sprake is van Wlz-behandeling of niet.

### Aantal MSVT-patiënten

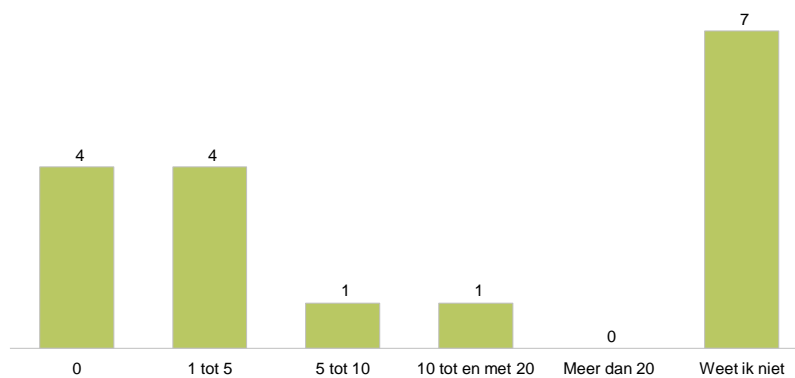
[Per jaar, Schatting van zorgaanbieders die deelnamen aan de survey]



Figuur 17: Totaal aantal MSVT-patiënten per jaar van zorgaanbieders die deelnamen aan de survey.

### MSVT-patiënten met een Wlz-indicatie

[Per jaar, Schatting van zorgaanbieders die deelnamen aan de survey]

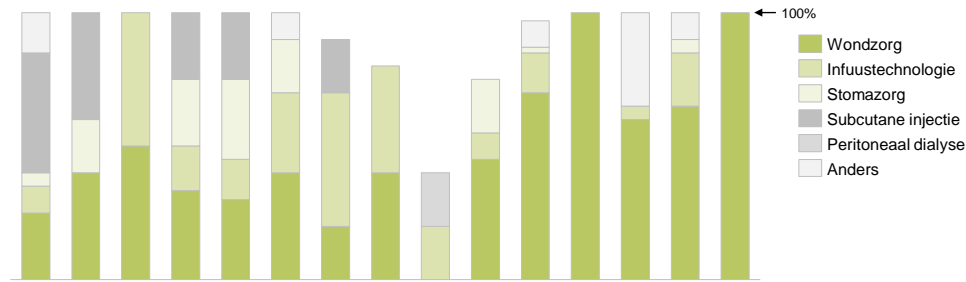


Figuur 18: Totaal aantal MSVT-patiënten met een Wlz-indicatie per jaar van zorgaanbieders die deelnamen aan de survey.

De verhouding tussen soorten zorg verschilt per aanbieder; aandeel wondzorg is groot. De verhouding tussen de vormen van MSVT (ingedeeld in 6 hoofdgroepen: wondzorg, infuustechnologie, stomazorg, subcutane injecties, peritoneaal dialyse en overige zorg) verschilt sterk per aanbieder (Figuur 19). Op de vraag 'Wat zijn in uw organisatie de meest voorkomende soorten zorg binnen MSVT?' werden wondzorg en infuustechnologie het vaakst geantwoord. Vrijwel alle aanbieders leveren wondzorg als MSVT. Het aandeel wondzorg wisselt echter sterk en is mede afhankelijk van de andere vormen van MSVT die men aanbiedt.

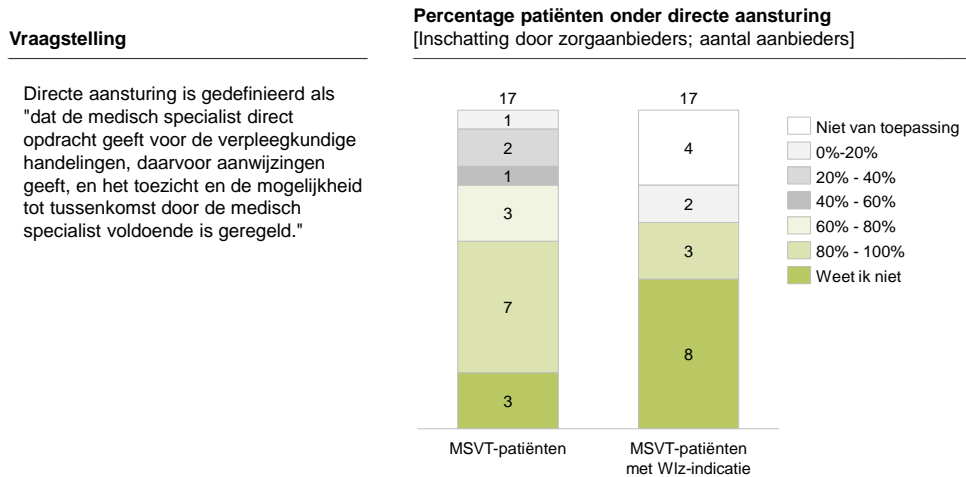


**Soorten zorg per aanbieder [% uren]**



Figuur 19: Antwoorden op de vraag 'Welk deel maken deze soorten zorg uit van de totale MSVT die uw organisatie levert?'

Het begrip 'directe aansturing' is voor zorgaanbieders lastig te interpreteren. De definitie van directe aansturing is in de loop van het onderzoek verder ontwikkeld (zie Hoofdstuk 5). In de survey (uitgevoerd aan het begin van het onderzoek) is gevraagd welk deel van de MSVT-patiënten onder directe aansturing zou vallen volgens de oorspronkelijke definitie van het Zorginstituut. Figuur 20 geeft de antwoorden op deze vraag weergegeven. Volgens de surveydeelnemers zouden de meeste van hun MSVT-patiënten onder deze definitie van directe aansturing vallen. De respondenten hadden geen goed zicht op welk deel van de MSVT-patiënten met een Wlz-indicatie onder directe aansturing zouden vallen, wat gezien de kleine aantallen ook niet verwonderlijk is. Acht aanbieders geven aan dit niet te weten.



Figuur 20: De mate waarin MSVT-patiënten en MSVT-patiënten met een Wlz-indicatie onder directe aansturing vallen volgens zorgaanbieders die deelnamen aan de survey.

Daarnaast is gevraagd naar situaties waarbij ziekenhuisopname overwogen werd als alternatief voor MSVT, maar hier hadden zorgaanbieders weinig zicht op. Vijf aanbieders konden een schatting geven van het deel van de MSVT-patiënten waarbij ziekenhuisopname wordt overwogen. Vier daarvan gaven aan dat dit in slechts 0-20% het geval was.

De helft van de aanbieders heeft geen voorkeur voor MSVT of gespecialiseerde verpleging. Op de vraag of zij invloed hadden op de keuze voor MSVT of gespecialiseerde verpleging in de Zvw antwoordden elf aanbieders dat dat niet het geval was. Vier gaven aan gedeeltelijk invloed te hebben op deze keus.

Tot slot is gevraagd naar een eventuele voorkeur voor het leveren van MSVT of gespecialiseerde verpleging. Tien aanbieders hadden geen voorkeur, twee gaven aan liever gespecialiseerde verpleging te leveren en vijf aanbieders hadden een voorkeur voor MSVT. De aanbieders met een voorkeur voor gespecialiseerde verpleging vinkten als reden daarvoor 'de uitvoerbaarheid van de regelgeving' en 'passende tarifiering' aan. Deze werden echter ook als reden aangegeven voor een voorkeur voor MSVT. Daarnaast werden afspraken met de verzekeraar en verhoudingen met andere ketenpartijen als redenen voor de voorkeur voor MSVT opgegeven.

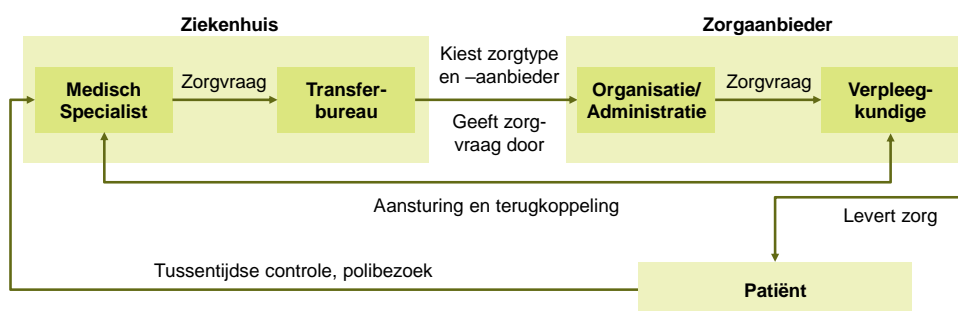
## Bijlage D: Praktische afstemming tussen ziekenhuis en zorgaanbieder bij MSVT

Om MSVT te kunnen leveren en declareren is zowel inhoudelijke als administratieve afstemming tussen verschillende partijen noodzakelijk. Deze bijlage geeft daarvan een overzicht op hoofdlijnen, per ziekenhuis en zorgaanbieder kunnen uiteraard verschillen bestaan.

Figuur 21 geeft de **zorginhoudelijke contacten** die nodig zijn bij de uitvoering van MSVT schematisch weer. Als de patiënt naar huis kan met zorg thuis, geeft de medisch specialist of de behandelende afdeling aan het transferbureau door wat de zorgvraag is. Het transferbureau regelt de overgang tussen de opname in het ziekenhuis en de zorg die daarna thuis of in een instelling nodig is. De transferverpleegkundigen vertalen de zorgvraag naar een passende zorgvorm (in dit geval MSVT) en kiezen een passende zorgaanbieder. Bij dat laatste speelt de vereiste bekwaamheid uiteraard een rol, maar bijvoorbeeld ook de vraag of er al een bepaalde zorgaanbieder voor V&V zorg bij de patiënt thuishomt.

De zorgaanbieder zet de zorgvraag vanuit het ziekenhuis door naar haar reguliere of specialistische teams, die de MSVT vervolgens leveren. De uitvoerend verpleegkundigen kunnen indien nodig direct contact opnemen met de betrokken afdeling en/of specialist in het ziekenhuis. De patiënt ziet de specialist ook zelf wanneer hij of zij weer op controle komt op de polikliniek.

**Zorginhoudelijke contacten tussen zorgaanbieders, verzekeraar en patiënt bij uitvoering MSVT**

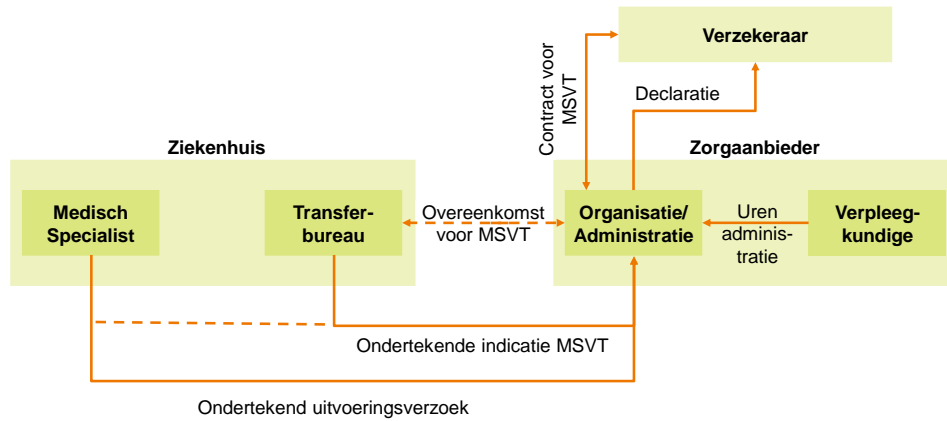


*Figuur 21: MSVT vraagt zorginhoudelijke afstemming tussen specialist, transferbureau, uitvoerend zorgaanbieder en patiënt*

Figuur 22 geeft de bij MSVT behorende **administratiestromen** weer. Wanneer de passende zorgvorm MSVT is, ondertekent het transferbureau een indicatie MSVT in opdracht van de medisch specialist. De transferverpleegkundige geeft dit formulier samen met een door de arts ondertekend uitvoeringsverzoek door aan de zorgaanbieder. Hierna is er alleen zorginhoudelijk contact tussen het ziekenhuis en de zorgaanbieder, dit loopt tussen de uitvoerend verpleegkundige en de relevante afdeling. Als verlenging van de MSVT ter sprake komt schakelt de afdeling of de thuiszorgaanbieder het transferbureau weer in.

Tussen thuiszorgaanbieder en verzekeraar lopen administratiestromen in de vorm van contracten en declaraties. Ook tussen ziekenhuis en thuiszorgaanbieder kan een (raam)overeenkomst m.b.t. MSVT bestaan.

**Administratiestromen tussen zorgaanbieders, verzekeraar en patiënt bij uitvoering MSVT**



*Figuur 22: MSVT zorgt voor een administratiestroom tussen specialist, transferbureau, uitvoerend zorgaanbieder en verzekeraar*

## Bijlage E: Kwantitatieve analyse

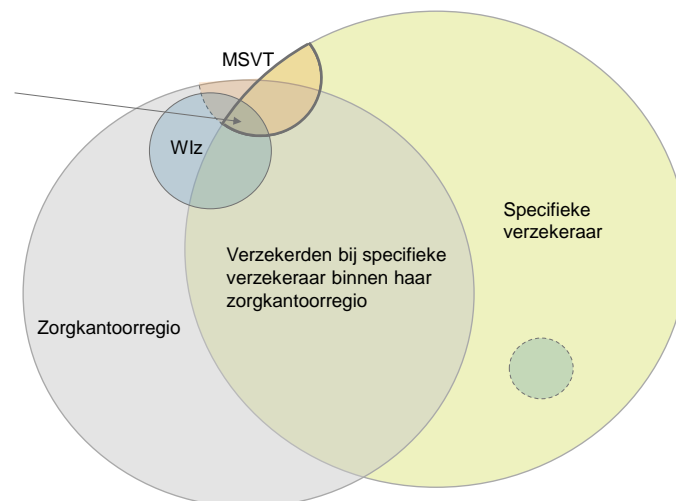
Deze bijlage geeft een beschrijving van de aanpak die gekozen is om de veranderingen naar aanleiding van de nieuwe duiding te kwantificeren. Twee onderdelen zijn daarbij van belang:

- 1) Bepalen van de omvang van MSVT bij Wlz-geïndiceerden met behulp van gegevens van zorgverzekeraars
- 2) Bepalen van het deel van de zorg dat onder directe aansturing valt met behulp van gegevens van zorgaanbieders

De omvang van MSVT bij Wlz-geïndiceerden is bepaald op basis van verzekeraarsdata. In de declaratiegegevens van verzekeraars is terug te vinden welke verzekerden MSVT ontvingen en in welke variant (complex of minder complex)<sup>51</sup>. Of er bij die verzekerden ook sprake was van een Wlz-indicatie is weer bekend bij het zorgkantoor. Binnen hun eigen zorgkantoorregio<sup>52</sup> kunnen verzekeraars deze gegevens onder voorwaarden aan elkaar koppelen voor onderzoeksdoeleinden.

Twee zorgverzekeraars zijn bereid gevonden hieraan mee te werken. De gegevens van beiden zijn op dezelfde manier geanalyseerd en vervolgens gecombineerd in een bandbreedte, rekening houdend met de verschillen in verzekerdenaantallen. De resultaten uit beide bronnen ontlopen elkaar overigens niet veel, wat vertrouwen geeft in de bruikbaarheid van de uiteindelijke schatting.

De voor dit onderzoek beschikbare gegevens betreffen dus verzekerden binnen de eigen zorgkantoorregio's van de betreffende verzekeraars. In Figuur 23 is deze situatie schematisch weergegeven.



*Figuur 23: Schematische weergave van de verschillende data. De data-aanvraag is uitgezet voor het gebied binnen de dikke lijnen. Data binnen de stippellijnen is niet beschikbaar. Het gebied met de pijl geeft de combinatie van MSVT met een Wlz-indicatie aan.*

<sup>51</sup> Declaratie van MSVT vindt plaats op de volgende codes: 19001 (V&V-aanbieders, minder complexe MSVT), 19002 (V&V aanbieders, complexe MSVT, 190288 (ziekenhuis-OVP's, minder complexe MSVT) en 190289 (ziekenhuis-OVP's, complexe MSVT). Daarnaast bestaan er twee PGB-codes: 1020 en 1021. Deze zijn in de declaratiegegevens van zowel Vektis als verzekeraars echter niet terug te vinden.

<sup>52</sup> Zie Wlz, artikel 9.3.1, onder a en artikel 7.1 van de Regeling langdurige zorg

Voor een Wlz-indicatie bestaan landelijke criteria. Omdat de verzekerden van een verzekeraar binnen haar eigen zorgkantoorregio gemiddeld ouder zijn<sup>53</sup>, zou je in deze groep relatief veel Wlz-indicaties verwachten. Er is echter geen reden aan te nemen dat de groep *Wlz-geïndiceerden* binnen de zorgkantoorregio van deze verzekeraar niet representatief is voor de groep Wlz-geïndiceerden in heel Nederland. Ter controle is de leeftijdsopbouw van Wlz-geïndiceerden binnen de zorgkantoorregio van de verzekeraar vergeleken met het landelijk beeld; dit gaf geen aanleiding voor verdere correctie.

Figuur 24 illustreert de wijze van extrapoleren van de verzekeraarsdata. Deze leveren informatie over MSVT bij Wlz-geïndiceerden in de eigen zorgkantoorregio's. Bij de betreffende verzekeraars is hun marktaandeel onder Wlz-geïndiceerden in de zorgkantoorregio uitgevraagd. Daarmee zijn de beschikbare gegevens geëxtrapoleerd naar de hele zorgkantoorregio. Met het aandeel Wlz-geïndiceerden in de zorgkantoorregio als deel van Nederland, verkregen uit AWBZ-data<sup>54</sup> van het CBS, zijn deze gegevens vervolgens geëxtrapoleerd naar heel Nederland.



Figuur 24: Illustratie van extrapolatie van gegevens over MSVT-kosten bij Wlz-geïndiceerden bij één zorgverzekeraar in haar zorgkantoorregio naar MSVT-kosten bij Wlz-geïndiceerden in heel Nederland. Het rekenvoorbeeld is fictief.

De MSVT-kosten bij Wlz-geïndiceerden zijn gepresenteerd als bandbreedte, omdat er verschillende factoren zijn die invloed hebben op de uiteindelijke schatting. Daarbij gaat het om mogelijke verschillen in beleid m.b.t. MSVT-kosten bij verschillende verzekeraars, de keuze van de berekening van het marktaandeel van de zorgverzekeraars onder Wlz-geïndiceerden in hun zorgkantoorregio en de manier waarop het aandeel Wlz-geïndiceerden in Nederland dat in de betreffende zorgkantoorregio's woont is bepaald.

<sup>53</sup> Oude mensen wisselen minder vaak van verzekeraar dan jongeren en zijn relatief vaak bij de opvolger van hun oorspronkelijke ziekenfonds verzekerd.

<sup>54</sup> Gegevens m.b.t. Wlz-periode waren nog niet beschikbaar

De omvang van het deel van MSVT onder directe aansturing van de medisch specialist is bepaald met gegevens van zorgaanbieders

De omvang van MSVT onder directe aansturing van een medisch specialist is niet uit de declaratiegegevens van zorgverzekeraars af te leiden. Hiervoor zijn gegevens van thuiszorgaanbieders gebruikt. Twee zorgaanbieders zijn bereid gevonden om hun gegevens beschikbaar te stellen om in kaart te brengen welke soorten zorg geleverd worden onder MSVT en in welke mate er sprake is van directe aansturing. Deze aanbieders zijn gericht benaderd omdat zij een relatief groot aantal (>750) MSVT-cliënten onder hun hoede hebben en omdat zij beide een breed spectrum aan zowel MSVT als andere vormen van (wijk)verpleging leveren. Beide organisaties hebben de beschikking over een gespecialiseerd of 'technisch' team en kunnen zowel hoog- als laagcomplex MSVT leveren.

Bij beide aanbieders is een steekproef genomen uit de groep cliënten die in 2015 MSVT ontving. Van deze steekproef is de benodigde informatie (waaronder leeftijd, geslacht, uren laag- of hoog-complexe MSVT, type MSVT, bijzonderheden over de situatie of medicatie) verkregen uit de administratie, het indicatieformulier MSVT en/of het uitvoeringsverzoek. De gegevens uit de steekproeven van beide zorgaanbieders zijn samengevoegd voor analyse. De steekproeven omvatten zowel patiënten met als zonder Wlz-indicatie.

Vanwege de kleine aantallen Wlz-geïndiceerden die MSVT krijgen is het niet mogelijk om het aandeel dat onder directe aansturing valt alleen op deze groep te bepalen. Dit aandeel is daarom in de totale groep MSVT-patiënten berekend. Beide zorgaanbieders leveren ook MSVT-zorg aan premature baby's. Deze zijn niet meegenomen in de analyse, omdat deze zorg niet voorkomt bij Wlz-geïndiceerden en dit de verhoudingen zou vertekenen.

Met deze gegevens en de tabel in Bijlage F is per patiënt beoordeeld om welke categorie zorg in de thuissituatie het hier ging (de rijen in de tabel) en of de situatie voldeed aan de verschillende criteria (de kolommen in de tabel). Figuur 25 geeft een illustratie van deze aanpak.

Tabel met mogelijke criteria voor directe aansturing

Voor deze zorg in de thuissituatie...	... is de verpleging onderdeel van de medisch specialistische behandeling	... is het noodzakelijk dat de medisch specialist direct kan interveniëren in de behandeling	... biedt het ziekenhuis scholing of training aan	In hoeverre aan deze criteria wordt voldaan is niet rechtstreeks uit de data van de zorgaanbieder te halen
<b>Infuustechnologie</b>				
Antibiotica	●	●	●	
Bloed	●	●	●	
Dure- en wees-geneesmiddelen	●	●	●	
Overige ziekenhuis-medicatie	●	●	●	

● vrijwel altijd  
 ● soms wel, soms niet  
 ● vrijwel nooit

Praktijksituaties zijn afkomstig uit de zorgaanbiederdata

Per criterium voor directe aansturing geven we aan welk deel van de zorg hieraan voldoet

Figuur 25: Illustratie van de manier van analyseren van aanbiederdata.

Uit de beschikbare informatie (indicatie, handeling, complicaties en overige bijzonderheden) was niet altijd op te maken in welke categorie zorg de situatie viel (voorbeeld: een patiënt van wie alleen 'wondzorg' opgegeven is op het MSVT-formulier en het uitvoeringsverzoek is niet beschikbaar). Ook was niet van alle situaties vast te stellen of deze aan de criteria voor directe aansturing voldeed. Deze situaties zijn in de analyse beschouwd als 'twijfelgevallen' en aangegeven met een oranje



bolletje in de tabel in bijlage F. Deze ‘twijfelgevallen’ zijn gebruikt om de bandbreedte te bepalen. Vervolgens is per situatie (dus per rij in de tabel) bepaald welk deel deze zorg vormt van het totale MSVT-volume. Dit is geïllustreerd in Figuur 26.

Tabel criteria directe aansturing		Data van zorgaanbieder		Uitkomst
Voor deze zorg in de thuissituatie...	... biedt het ziekenhuis scholing of training aan	Aantal uren	Aantal patiënten	<p>Op basis van dit criterium valt 45% van de uren en 29% van het aantal patiënten onder directe aansturing</p>
<b>Infuustechnologie</b>		Totaal: 550	Totaal: 21	
Antibiotica	●	200	10	
Bloed	●	200	2	
Dure- en wees-geneesmiddelen	●	50	4	
Overige ziekenhuis-medicatie	●	100	5	

Figuur 26: Illustratie van de manier van analyseren van aanbiedersdata om te bepalen welk deel van de MSVT onder directe aansturing valt. De ingevulde gegevens zijn een fictief voorbeeld.

## Bijlage F: Criteria voor directe aansturing per praktijksituatie

Om de *omvang* van de zorg die onder directe aansturing valt te kunnen bepalen is een matrix opgesteld waarin per praktijksituatie aangegeven is of deze aan criteria voor directe aansturing voldoet. De situaties zijn verdere uitsplitsingen van de hoofdgroepen infuustechnologie, wondzorg, stomazorg, subcutane injecties, peritoneaal dialyse en overige zorg.

De situaties onder elke hoofdgroep zijn afkomstig uit de interviews en de door zorgaanbieders ter beschikking gestelde gegevens. De inschatting of al dan niet aan een criterium is voldaan is gemaakt op basis van de in de interviews en survey verzamelde gegevens, discussie met betrokkenen vanuit NZa en ZIN en bespreking in de klankbordgroep.

Tabel 3. Criteria voor directe aansturing per praktijksituatie.

- vrijwel altijd
- soms wel, soms niet
- vrijwel nooit

	1	2	3
Voor deze zorg in de thuissituatie...	... is de verpleging <b>onderdeel van de medisch specialistische behandeling</b>	... is het <b>noodzakelijk</b> dat de medisch specialist <b>direct kan interveniëren</b> in de behandeling	... biedt het ziekenhuis <b>scholing of training</b> aan
<b>Infuustechnologie</b>			
Antibiotica	●	●	●
Dure- en weesgeneesmiddelen <sup>55</sup>	●	●	●
Overige ziekenhuismedicatie <sup>56</sup>	●	●	●
Totale parenterale voeding (TPV)	●	●	●
Chemotherapie	●	●	●
Bloedtransfusie <sup>57</sup>	●	●	●
Overige infuustechnologie	●	●	●
<b>Wondzorg</b>			
Complexe situatie: risico op overgevoeligheidsreactie, bloed-vergiftiging, uitdroging, necrotische wond	●	●	●
Verzorging van specifieke wonden, bijv. met drain	●	●	●
Wondzorg bij complexe ziektegeschiedenis patiënt	●	●	●
VAC therapie	●	●	●

<sup>55</sup> Bijvoorbeeld idursulfase i.v. voor de ziekte van Hunter en immuunglobulinen

<sup>56</sup> Bijvoorbeeld epoprostenol i.v. bij pulmonale hypertensie

<sup>57</sup> Bijv. bij patiënten met myelodysplastisch syndroom (MDS-RA)

Wondzorg bij diabetes/ diabetische voet	●	●	●
Compressief zwachtelen	●	●	●
Overige wondzorg	●	●	●
<b>Stomazorg</b>			
Voorgeschiedenis patiënt: kanker, fistelvorming, darmziekte, ...	●	●	●
Met complicaties: ernstige necrose, loslating stoma, kapotte insteek	●	●	●
Overige stomazorg (drains en katheters)	●	●	●
<b>Subcutane injecties</b>			
Insuline bij complicaties: sterk wisselende bloed- waarden, ernstige ontregeling	●	●	●
Nadroparine bij complicaties	●	●	●
Dure- en weesgenees- middelen <sup>58</sup>	●	●	●
Overige ziekenhuismedicatie	●	●	●
Overige subcutane injecties	●	●	●
<b>Peritoneaal dialyse</b>			
Opstarten van peritoneaal dialyse thuis	●	●	●
Peritoneaal dialyse als de cliënt dit niet zelf kan	●	●	●
<b>Overig</b>			
Overige zorg	●	●	●

<sup>58</sup> Bijv. TNF- $\alpha$  remmers, immuunglobulinen

## Bijlage G: Voorbeelden van situaties met en zonder directe aansturing

Wanneer een persoon met een Wlz-indicatie daarnaast ook verpleging buiten het ziekenhuis, maar wel onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist nodig heeft, vraagt het voor zorgaanbieders meestal flink wat organisatie om de benodigde zorg voor deze patiënten te regelen.

Hoewel de meeste transferbureaus en thuiszorgaanbieders jaarlijks slechts enkele patiënten hebben die MSVT ontvangen in combinatie met een Wlz-indicatie, vraagt deze groep onevenredig veel uitzoekwerk en 'onderhandeling' met andere zorgverleners. Als een van de redenen daarvoor noemt men dat vaak onduidelijk is voor betrokkenen hoe de combinatie financieel geregeld hoort te zijn.

De nieuwe duiding voegt aan de bestaande indelingen een element toe, namelijk dat van 'directe aansturing door de medisch specialist'. Dit komt niet één op één overeen met het begrip 'onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist' zoals gehanteerd bij de afbakening van MSVT. Ter verduidelijking van het begrip 'directe aansturing' heeft het ZIN de volgende criteria opgesteld:

- 1) De verpleging is onderdeel van de medisch specialistische behandeling
- 2) De medisch specialist vindt het noodzakelijk dat hij/zij direct kan interveniëren in de behandeling
- 3) Geeft concrete en gedetailleerde opdracht over de verpleegkundige zorg
- 4) Regelt actieve informatieverstrekking over het verloop van de behandeling
- 5) Evalueert op grond daarvan de behandeling en stelt die zo nodig bij

Ter verduidelijking van deze criteria volgt hieronder een aantal voorbeelden van situaties die vrijwel altijd onder directe aansturing vallen (en waarbij de zorg dus onder de Zvw blijft vallen) en situaties die vrijwel nooit onder directe aansturing vallen (en de zorg dus wordt overgeheveld naar de Wlz).

Situaties die vrijwel altijd onder directe aansturing vallen

- **Diabetische ulcera bij een bedreigde voet** – Hierbij is de verpleging duidelijk onderdeel van de medisch specialistische behandeling en is de situatie ook dusdanig ernstig dat de medisch specialist zelf direct zal willen kunnen ingrijpen als dat nodig is. Dat hij of zij een concrete en gedetailleerde opdracht over de verpleegkundige zorg geeft en actief op de hoogte gehouden wil worden over het verloop van de behandeling, de behandeling evalueert en zo nodig bijstelt lijkt daarbij vanzelfsprekend.
- **Hartfalen stadium IV klasse NYHA<sup>59</sup> met een medisch instabiele situatie** – Wanneer de patiënt thuis verder behandeld zal gaan worden ter voorkoming van de zoveelste opname in korte tijd in het ziekenhuis. Het gaat hierbij dan wel om een curatieve behandeling en niet om een palliatief terminaal traject zonder interventies die gericht zijn op curatie.
- **Nieuwe zorgvorm** – De medisch specialist wil een bepaalde behandeling thuis monitoren, waar dat normaal gesproken plaats zou vinden tijdens een klinische opname (telemonitoring). Er is weinig tot geen ervaring met deze andere behandelopzet. De verpleegkundige krijgt precieze instructies en er vindt invulling plaats conform de hierboven beschreven criteria voor directe aansturing. Voorbeelden hiervan zijn het thuis monitoren van een zwangere vrouw met vroege weeën, waardoor bevalling dreigt van een onvoldragen kind. Dit zal echter naar verwachting

---

<sup>59</sup> New York Heart Association classificatie

weinig voorkomen in combinatie met een Wlz-indicatie. Een ander voorbeeld is telemonitoring van hartpatiënten ter vervanging van een klinische opname.

- **Intraveneuze infusie met een weesgeneesmiddel** – Bij thuisinfusie met specifieke weesgeneesmiddelen waarbij er risico is op overgevoeligheidsreacties zal vrijwel altijd aan alle vijf de criteria voor directe aansturing zijn voldaan. In deze gevallen biedt het ziekenhuis vaak ook specifieke scholing of training over het geneesmiddel, het aanprikken van het infuus en hoe te handelen bij infuusreacties. Voorbeelden zijn enzymvervangings therapie bij de ziekte van Gaucher of de ziekte van Hunter.

Situaties die vrijwel nooit onder directe aansturing vallen

- **Post-operatieve wond waarbij genezing trager verloopt dan verwacht** – Bij een wond die voortvloeit uit een operatie valt de verzorging hiervan soms onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, omdat deze op de hoogte wil blijven van het genezingsproces om daar de behandeling zo nodig op aan te passen. De risico's hoeven hier niet zodanig acuut te zijn dat de medisch specialist hiervoor direct moet kunnen ingrijpen.
- **Katheter bij voorgeschiedenis patiënt** – Bij de verzorging van katheters die zijn geplaatst bij patiënten met een complexe ziektegeschiedenis. De medisch specialist kan verantwoordelijk blijven voor de behandeling, bijvoorbeeld omdat in het verleden complicaties optraden als gevolg van ziekte die aanpassing van de behandeling noodzakelijk maakten. Als er weer complicaties optreden wil de medisch specialist de behandeling zelf kunnen aanpassen, maar directe interventie is niet noodzakelijk.