



Verkenning bekostiging proactieve zorgplanning

Rapport over organisatie, levering en bekostiging van proactieve zorgplanning
- wat zijn de knelpunten, oplossingsrichtingen en aandachtspunten?

25 juni 2024

Inhoud

Samenvatting	3
Samenvatting	4
1 Inleiding	7
1.1 Proactieve zorgplanning; definitie en praktijk	8
1.2 Proactieve zorgplanning is passende zorg	9
1.3 Kansen en belemmeringen	9
1.4 Visie bekostiging palliatieve zorg	10
2 Bevindingen	11
2.1 Aanpak	12
2.2 Algemene bevindingen	12
Stand van de wetenschap en praktijk	12
Richtlijnen en protocollen	12
Organisatie van proactieve zorgplanning	12
Huidige bekostiging	13
(Maatwerk)afspraken en beleid zorgverzekeraars	14
Aandachtspunten	14
2.3 Bevindingen per sector	15
2.3.1 Huisartsenzorg	15
2.3.2 Ziekenhuiszorg	21
2.3.3 Wijkverpleging	25
2.3.4 Kortdurende zorg	29
2.3.5 Langdurige zorg (Wlz)	31
3 Conclusie en vervolg	35
3.1 Conclusie en vervolg	36
4 Bijlagen	38
Bijlage 1: Lijst van geconsulteerde experts	39
Bijlage 2: Relevante projecten en trajecten	40
Bijlage 3: Passages uit het IZA met betrekking tot proactieve zorgplanning	41

Samenvatting



Samenvatting

Om goede en passende zorg te bieden in de laatste levensfase, is het belangrijk tijdig te weten welke zorg iemand wel en niet wil ontvangen. Proactieve zorgplanning brengt de behandelwensen en -grenzen in kaart die regelmatig worden besproken en zo nodig worden bijgesteld. Proactieve zorgplanning heeft voordelen voor zowel patiënt, naasten als mantelzorgers: het bevordert de autonomie, verbetert relaties, mensen zijn beter voorbereid op het levenseinde en het levert patiëntgerichtere zorg op. Door tijdig zorgwensen te bespreken, behouden mensen met een kwetsbare gezondheid zo lang mogelijk de regie, terwijl professionals handvatten hebben om de juiste zorg in te zetten. Tijdige inzet van proactieve zorgplanning heeft niet alleen een meerwaarde voor patiënten in de palliatieve fase, maar ook voor patiënten met een kwetsbare gezondheid, zoals kwetsbare ouderen.

Het belang van proactieve zorgplanning wordt breed onderkend. Het Integraal Zorgakkoord (IZA), het programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), de Visie Eerstelijnszorg 2030 en verschillende regioplanen onderstrepen het belang ervan. Wij zien proactieve zorgplanning als primaire randvoorwaarde om de beweging naar passende zorg in de laatste levensfase mogelijk te maken: waardegedreven, met de patiënt centraal en met de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener. Kwaliteit van leven staat voorop – met aandacht voor de ziekte, maar ook voor de psychosociale en existentiële zorgvragen. Passende bekostiging is daarbij van belang. In onze visie bekostiging palliatieve zorg van maart 2022 schrijven we dat we een prikkel in de bekostiging willen inbouwen voor tijdige inzet van proactieve zorgplanning. Welke prikkel in de bekostiging nodig is en hoe deze prikkel eruitziet, kan per zorgsector verschillen.

We hebben een brede interne en externe verkenning uitgevoerd voor proactieve zorgplanning. Daarvoor hebben we interviews gevoerd met zorgaanbieders, branchepartijen, koepels en zorgverzekeraars van de verschillende zorgsectoren (huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, wijkverpleging en de langdurige zorg). We hebben hen gevraagd hoe zij proactieve zorgplanning op dit moment organiseren, leveren en bekostigen, en wat er in de bekostiging nodig is om de inzet van proactieve zorgplanning te ondersteunen. In deze verkenning hebben wij die sectoren onderzocht die proactieve zorgplanning nog niet structureel in de zorg hebben geborgd, maar waar partijen dat wel wenselijk vinden.

Belangrijkste algemene bevindingen

Proactieve zorgplanning is onderdeel van de zorg zoals zorgverleners plegen te bieden, in iedere sector. Het is zorg die voldoet aan de huidige stand van de wetenschap en praktijk. Onderdeel van proactieve zorgplanning is de (transmurale) afstemming en overdracht van het zorgplan tussen verschillende zorgverleners. Dit is essentieel om (tijdig) passende zorg te organiseren voor patiënten met een kwetsbare gezondheid, zoals patiënten in de palliatieve fase of kwetsbare ouderen. De praktijk ervaart onvoldoende ruimte voor structurele, transmurale afstemming en overdracht.

De belangrijkste factoren die effect hebben op de structurele borging van proactieve zorgplanning in de zorg, zijn: behoefte en kennis van patiënten, kennis en vaardigheden van zorgverleners, opleiding, passende organisatievorm, (transmurale) samenwerking, rolverdeling, tijd, personeelscapaciteit, digitale gegevensuitwisseling, bestuurlijk commitment, contracteerafspraken en bekostiging.

Bekostiging huisartsenzorg

De manier waarop proactieve zorgplanning impliciet is verwerkt in de tarieven van Segment 1 (S1), ervaren zorgaanbieders nu als ontoereikend. De afgelopen periode hebben zorgverzekeraars binnen S2 en S3 verschillende aanvullende afspraken gemaakt, waarvan proactieve zorgplanning impliciet en/of expliciet onderdeel is. Deze mogelijkheden worden in toenemende mate benut, maar nog niet op landelijke schaal. Passende structurele bekostiging is nodig om proactieve zorgplanning in de huisartsenzorg te verankeren. Daarom zijn we voornemens om per 2027 proactieve zorgplanning in S1 in te voeren. Vanuit een aanjagende rol gaan we op korte termijn in gesprek met zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de doorwerking van maatwerkafspraken in S2 en S3 te bespreken en te monitoren. Daarnaast moedigen we zorgverzekeraars aan om proactieve zorgplanning actief te contracteren, zodat zorgaanbieders proactieve zorgplanning kunnen borgen binnen hun organisatie. Op basis van de inzichten die wij ophalen, willen we samen toewerken naar structurele bekostiging voor proactieve zorgplanning.

Bekostiging ziekenhuiszorg

In de bekostiging van ziekenhuiszorg ontbreekt momenteel een specifieke vergoeding voor proactieve zorgplanning. De huidige bekostiging legt voornamelijk de nadruk op diagnostiek en behandeling, en biedt geen prikkels om langere gesprekken in het kader van proactieve zorgplanning te voeren als dat nodig is. Dit leidt volgens geconsulteerde partijen tot bekostigingsproblemen. Daarnaast zijn er andere factoren die proactieve zorgplanning belemmeren zoals planbaarheid, capaciteit en interne verdelingssystematiek. Een verbeterde en meer passende bekostiging voor proactieve zorgplanning kan de bredere implementatie van deze zorg bevorderen. Daarom streven we ernaar om de bekostiging per 2025 aan te passen.

Bekostiging wijkverpleging

Proactieve zorgplanning is onderdeel van de zorg in de wijkverpleging. Wijkverpleegkundigen bieden proactieve zorgplanning aan patiënten in de palliatieve fase of kwetsbare ouderen. De huisarts is de regiebehandelaar in de thuissituatie. In de praktijk kunnen onduidelijkheden ontstaan over de taak- en/of rolverdeling bij proactieve zorgplanning. Daarom is een goede samenwerking tussen huisartsen, specialisten oudergeneeskunde en wijkverpleegkundigen essentieel. In de wijkverpleging is er geen fundamenteel probleem met de bekostiging van proactieve zorgplanning. Zorgverzekeraars kunnen aanvullend via wijkgericht werken extra financiering voor (onder andere) proactieve zorgplanning beschikbaar stellen. Ook zorgaanbieders die werken met maandbekostiging, hebben de ruimte om in te zetten op proactieve zorgplanning. Zij kunnen de uren namelijk flexibel indelen. Vanwege de motie van de leden Joseph en Agema die op 4 juni 2024 is aangenomen zijn de onderdelen die betrekking hebben op de cliëntprofielen niet meer actueel. Dit verandert echter niet onze conclusie dat er momenteel voor proactieve zorgplanning ruimte in de bekostiging van de wijkverpleging is.

Bekostiging kortdurende zorg

Voor de kortdurende zorg hebben wij vooraf geen concrete signalen over bekostigingsknelpunten voor proactieve zorgplanning ontvangen. Tijdens de consultatie benadrukten partijen het belang van proactieve zorgplanning in de kortdurende zorg. Daarom hebben we de huidige bekostigingsmogelijkheden beschreven. De bekostiging voor het eerstelijnsverblijf (elv) en de geriatrische revalidatiezorg (grz) geven op dit moment voldoende ruimte om zo nodig proactieve zorgplanning in te zetten. Een knelpunt, zo bleek uit de consultatie, is de vergoeding voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde (so) bij proactieve zorgplanning voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp). Hierbij gaat het om de indirecte tijd van de so die nodig is bij proactieve zorgplanning. Per 2025 worden de tarieven voor de gzsp herijkt. Daarnaast wordt de

bekostiging doorontwikkeld. We monitoren of er na de tariefherijking en doorontwikkeling van de gzs voldoende ruimte is voor proactieve zorgplanning.

Bekostiging langdurige zorg

In de langdurige zorg is proactieve zorgplanning onderdeel van de behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging. Er is een verschil tussen de inzet en bekostiging van proactieve zorgplanning tussen cliënten op een plek inclusief behandeling (zzp inclusief behandeling), een plek zonder behandeling (zzp exclusief behandeling) en zorg thuis (vpt en mpt). Er zijn ons alleen signalen bekend van knelpunten in de bekostiging van proactieve zorgplanning bij cliënten op een plek zonder behandeling en bij thuiswonende cliënten. Hierbij gaat het om de inzet van de specialist ouderengeneeskunde die nodig is voor afstemming en overdracht van afspraken over proactieve zorgplanning. Een goede samenwerking tussen huisarts, Wlz-specifieke behandelaar en andere Wlz-zorgverleners is van belang. Dit komt niet automatisch van de grond voor cliënten op een plek zonder behandeling of thuiswonende cliënten in de langdurige zorg. Het komende jaar verkennen we voor deze twee groepen hoe we in de bekostiging van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde voor thuiswonende cliënten en cliënten met verblijf zonder behandeling voldoende ruimte kunnen creëren voor proactieve zorgplanning.

Conclusie

Onze conclusie is dat er binnen de huidige bekostiging via bestaande prestaties ruimte is om proactieve zorgplanning in te zetten. Deze mogelijkheden worden niet altijd als voldoende ervaren. De komende jaren willen wij genoeg ruimte creëren voor proactieve zorgplanning binnen de bekostiging van de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg en de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de kortdurende zorg en de langdurige zorg thuis.

In de verschillende sectoren zien we steeds meer aandacht voor proactieve zorgplanning en de transmurale afstemming en overdracht. Bovendien zijn er momenteel veel ontwikkelingen die een positief effect kunnen hebben op de structurele borging van proactieve zorgplanning voor kwetsbare ouderen en patiënten in de palliatieve fase. Het is de taak van verschillende organisaties en partijen om de andere essentiële knelpunten uit dit rapport aan te pakken. Dit is nodig om de proactieve zorgplanning structureel te borgen. We moedigen alle organisaties en partijen dan ook aan om hun rol te pakken en deze knelpunten weg te nemen.

1 Inleiding



1.1 Proactieve zorgplanning – definitie en praktijk

Patiënten ontvangen in de laatste levensfase vaak nog veel zorg en ondersteuning. Dat is ook te zien in de monitor Palliatieve zorg 2020. In 2022 overleden in Nederland ongeveer 169.000 mensen. Hiervan hebben 111.500 mensen vooraf een ziekte-traject doorgemaakt, waarbij palliatieve zorg mogelijk passend was geweest. De zorg in het laatste levensjaar van deze groep patiënten beslaat zo'n 8% van de totale landelijke zorgkosten, en 4-9% van de zorgcapaciteit.

Vanzelfsprekend hechten patiënten, naasten en mantelzorgers in deze kwetsbare fase groot belang aan goede zorg. Onderzoek bevestigt dat patiënten hierover duidelijke wensen hebben, zoals de wens om zo min mogelijk pijn te ervaren, om controle over het sterfproces te hebben en om thuis te sterven. Bij deze wensen past een meer symptoomgerichte behandeling. Ook is inzicht in de waarden, wensen en de behoefte van de patiënt belangrijk om de zorg op deze wensen af te stemmen.

Om goede en passende zorg in de laatste levensfase te leveren, is het belangrijk tijdig te weten wat iemand wel of juist niet wil aan zorg en ondersteuning. Door behandelwensen en -grenzen gezamenlijk en met regelmaat te bespreken, vast te leggen en te delen met belanghebbenden, kan de zorg hierop inspelen. Dit heet proactieve zorgplanning. In de praktijk worden ook de termen 'advance care planning (ACP)' of 'behandelwensengesprek' gebruikt. ACP is de Engelse vertaling van proactieve zorgplanning en het behandelwensengesprek is een onderdeel van proactieve zorgplanning. In dit rapport hanteren we de term 'proactieve zorgplanning'. De internationale definitie van proactieve zorgplanning is: *“de mogelijkheid voor individuen om persoonlijke doelen en voorkeuren voor toekomstige medische behandeling en zorg te bepalen, om deze te bespreken met naasten en zorgverleners, en om deze vast te leggen en zo nodig te herzien”*.

Het proces van proactieve zorgplanning bevat bij voorkeur de volgende elementen: gesprekken tussen zorgverlener en patiënt over persoonlijke doelen op de vier dimensies (lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel) voor de laatste levensfase en voorkeuren voor toekomstige medische behandeling, en het zo nodig herzien hiervan; het vastleggen van deze afspraken in een proactief zorgplan; en het (transmuraal) delen en coördineren van de uitkomsten van de gesprekken met zorgverleners. Proactieve zorgplanning is een dynamisch proces, waarbij zorgverlener en patiënt het zorgplan regelmatig evalueren. De zorgverlener deelt een eventueel herzien plan opnieuw transmuraal met andere betrokken zorgverleners.

Door tijdige proactieve zorgplanning kunnen zorgverleners de zorg afstemmen op persoonlijke wensen, waarden en behoeften van de patiënt. Zowel patiënten als artsen kunnen het gesprek over behandelwensen en -grenzen beginnen. Proactieve zorgplanning is een belangrijk onderdeel van zorg voor patiënten met een kwetsbare gezondheid, waaronder patiënten in de palliatieve fase. De zorgverlener met wie de patiënt een goede behandelrelatie heeft en die bekend is met de ziektegeschiedenis en -prognose, doet bij voorkeur de inventarisatie van de zorgwensen in de laatste levensfase.

1.2 Proactieve zorgplanning is passende zorg

Proactieve zorgplanning heeft veel voordelen voor zowel patiënten, naasten als mantelzorgers. Het bevordert de autonomie, verbetert relaties, mensen zijn beter voorbereid op het levenseinde en het levert patiëntgerichte zorg op. Daarnaast kan proactieve zorgplanning eraan bijdragen dat naasten en/of mantelzorgers (beter) worden betrokken in het proces. Door hen vroegtijdig te betrekken, zijn er minder onduidelijkheden over de behandelwensen en -grenzen als er cruciale beslissingen moeten worden genomen. Dit kan later ook een positief effect hebben op het rouwproces. Een ander voordeel van proactieve zorgplanning is dat de zorg beter aansluit op de behandelwensen en -grenzen van de patiënt. Zorg die niet bijdraagt aan de kwaliteit van leven, kan onnodig belastend of zelfs schadelijk zijn. Welke zorg belastend is voor een patiënt, verschilt per patiënt. Proactieve zorgplanning brengt dat in kaart. Zo ervaren patiënten, naasten en mantelzorgers acute zorg vaak als stressvol. In de stervensfase is dit voor veel mensen geen passende zorg meer.

Door niet-passende zorg te vermijden, wordt onnodig beslag op de schaarse capaciteit van mensen en middelen in de zorg voorkomen. Proactieve zorgplanning kan de inzet van kostbare zorg zoals intensive-carezorg voorkomen (PZNL, 2022a). Onderzoek wijst uit dat vroegtijdig in gesprek gaan met de patiënt in het palliatieve traject leidt tot minder curatief behandelen en minder langdurige ziekenhuisopnames. Mede door proactieve zorgplanning sterven patiënten in de palliatieve fase vaker op de plek van voorkeur: veelal thuis. Dit kan extramuraal of intramuraal zijn, bijvoorbeeld in een verpleeghuis of kleinschalige woonvorm. Door proactieve zorgplanning tijdig in te zetten, is de (toekomstige) zorg beter te plannen. Zo kunnen zorgaanbieders de juiste zorg voor de patiënt vroegtijdig en efficiënter organiseren. Dat voorkomt onverwachte situaties en vermindert de piekbelasting van mensen en middelen bij zorgorganisaties. Proactieve zorgplanning is dus cruciaal in de beweging naar zorg dichterbij huis.

Een tijdige inzet van proactieve zorgplanning is niet alleen van meerwaarde voor patiënten in de palliatieve fase, maar ook breder voor patiënten met een kwetsbare gezondheid, zoals kwetsbare ouderen. Door tijdig hun zorgwensen te bespreken, behouden patiënten zo lang mogelijk de regie, terwijl professionals handvatten hebben om de juiste zorg in te zetten.

1.3 Kansen en belemmeringen

Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase krijgt steeds meer aandacht. Niet alleen patiënten, naasten, mantelzorgers en zorgaanbieders onderstrepen het belang ervan, ook wetenschappelijke en praktijkonderzoeken tonen het aan. Proactieve zorgplanning heeft een prominente plek in het Integraal Zorgakkoord (IZA), het programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en de Visie Eerstelijnszorg 2030. Daarnaast wordt het ook in verschillende regioplannen genoemd. In 2024 is VWS gestart met de publiekscampagne 'Wat vind jij belangrijk voor later?' om het gesprek over later te stimuleren. Deze ontwikkelingen laten zien hoe belangrijk het is om proactief het gesprek over behandelwensen en -grenzen van zorg aan te gaan.

Toch maakt proactieve zorgplanning nog niet altijd deel uit van de zorg in de palliatieve fase of voor andere patiënten met een kwetsbare gezondheid, zoals kwetsbare ouderen. PZNL en PFN constateerden dat bij meer dan 50% van 70-plussers met een korte levensverwachting er geen gesprek was gevoerd over hun wensen in de laatste levensfase.

Palliatieve zorg is onderdeel van verschillende zorgsectoren en/of domeinen, waarbij diverse zorg- en hulpverleners uit deze sectoren en domeinen de zorg leveren. Elke zorgsector en elk domein is anders ingericht en kent zijn eigen organisatie en bekostigingsvorm. Dit kan het leveren van passende palliatieve zorg, inclusief proactieve zorgplanning, moeilijker maken. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de bekostiging van proactieve zorgplanning niet of onvoldoende aansluit bij de zorg.

1.4 Visie bekostiging palliatieve zorg

In maart 2022 hebben we de visie op bekostiging van palliatieve zorg gepubliceerd. Onze conclusie: proactieve zorgplanning is een primaire randvoorwaarde om de beweging naar passende zorg in de laatste levensfase mogelijk te maken: waardegedreven, met de patiënt centraal, met de juiste zorg op de juiste plek en met kwaliteit van leven in plaats van ziekte. Proactieve zorgplanning is daarmee een krachtig instrument om de kwaliteit van zorg voor de patiënt te verbeteren. De behandelwensen en -grenzen van de patiënt staan centraal, zodat ongewenste en niet-passende zorg wordt voorkomen.

In de visie hebben we de ambitie opgenomen om op korte termijn een stimulans te geven aan goede palliatieve zorg. Dat doen we door proactieve zorgplanning te borgen in de bekostiging. Stip op de horizon is een passende bekostiging voor de palliatieve zorg (bijvoorbeeld via alternatieve bekostigingsmodellen). Dit onderwerp is geen onderdeel van dit rapport. We werken dit verder uit via experimenten.

Dit document is het rapport van een intensieve verkenning van proactieve zorgplanning in de praktijk en de bekostiging ervan. Focus daarbij lag op de huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, wijkverpleging, kortdurende zorg en langdurige zorg. We hebben gekeken hoe proactieve zorgplanning in de laatste levensfase wordt georganiseerd, geleverd en bekostigd. Ook hebben we onderzocht wat de knelpunten, oplossingsrichtingen en aandachtspunten zijn om via bekostiging te sturen op een tijdige en continue proactieve zorgplanning.

2 Bevindingen



2.1 Aanpak

We hebben een brede interne en externe verkenning rondom proactieve zorgplanning uitgevoerd. Daarvoor hebben we interviews gehouden met zorgaanbieders, branchepartijen, koepels en zorgverzekeraars van de verschillende zorgsectoren (huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, wijkverpleging en langdurige zorg). Wij hebben hen gevraagd hoe zij proactieve zorgplanning op dit moment organiseren, leveren en bekostigen. Ook vroegen we hen wat er nodig is in de bekostiging om de inzet van proactieve zorgplanning te ondersteunen. De bijlage vermeldt de partijen met wie we hebben gesproken. In deze verkenning hebben wij alleen die sectoren binnen de Zvw en Wlz onderzocht waarvan wij signalen hebben ontvangen waarbij proactieve zorgplanning nog niet structureel is geborgd in de zorg. Na de consultatiefase hebben we ook de inbreng van partijen voor proactieve zorgplanning in de kortdurende zorg meegenomen.

2.2 Algemene bevindingen

Stand van de wetenschap en praktijk

Proactieve zorgplanning is onderdeel van de zorg zoals zorgverleners plegen te bieden, in iedere sector. Het is zorg die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut heeft dit nadrukkelijk bevestigd.

Richtlijnen en protocollen

In 2023 is de generieke Richtlijn Proactieve Zorgplanning vastgesteld. De regiehouder hiervan is het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De primaire doelgroepen voor de richtlijn zijn: artsen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants en praktijkondersteuners huisartsen. De inhoud van de richtlijn is ook relevant voor andere zorgverleners, zoals verzorgenden, paramedici, apothekers, geestelijk verzorgers, psychologen, hulpverleners werkzaam in het maatschappelijke en sociale domein, en vrijwilligers en hun coördinatoren die werkzaam zijn in de zorg voor patiënten in de palliatieve fase. De richtlijn benadrukt dat er geen gouden standaard is voor het proces van proactieve zorgplanning. Naast deze generieke richtlijn zijn er nog verschillende andere richtlijnen relevant voor proactieve zorgplanning. Deze zijn opgenomen in de beschrijvingen per sector.

Proactieve zorgplanning is maatwerk. Het vraagt om goed te luisteren, te kijken en af te stemmen met patiënten, naasten, mantelzorgers en andere betrokken zorgverleners. Voor een herkenbare transmurale afstemming en overdracht van behandelwensen en -grenzen is het formulier 'Uniform vastleggen proactieve zorgplanning' beschikbaar. Hierin staat de minimaal vereiste informatie om transmuraal te delen. Voorwaarde hierbij is wel dat zorgverleners de informatie makkelijk digitaal kunnen delen. Een gestructureerde, uniforme vastlegging in zorginformatiesystemen kan bijdragen aan een betere digitale uitwisseling.

Organisatie van proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is vaak een samenspel tussen zorgverleners van verschillende sectoren. Bij de samenwerking kunnen de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist en/of verpleegkunde betrokken zijn. In Nederland zijn er 65 netwerken palliatieve zorg waarbinnen verschillende organisaties samenwerken die betrokken zijn bij palliatieve zorg in een bepaalde regio. De

wijkverpleging, ziekenhuizen, hospices en huisartsen zijn onderdeel van deze samenwerking. Hoe deze samenwerking functioneert, is regioafhankelijk.

Voor patiënt en arts kan het lastig zijn om over het levenseinde te praten. Palliatieve zorg is soms nog beperkt, maar wel steeds meer ingebed in de geneeskundeopleiding. Uit ervaring blijkt dat zorgverleners de kennis en expertise voor de palliatieve zorg met name in de praktijk leren. Zorgverleners hebben generalistische basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg. Het kwaliteitskader benadrukt dat generalisten zoveel mogelijk de palliatieve zorg leveren. Zij kunnen ondersteuning vragen aan zorgverleners die gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg. Deze specialisten palliatieve zorg zijn zorgverleners met een aanvullende opleiding op het gebied van palliatieve zorg. Zij beschikken over specifieke kennis en vaardigheden in de complexere palliatieve zorg.

Het herkennen en erkennen van de palliatieve fase kan plaatsvinden in de eerste- of tweedelijnszorg. Door tijdig de zorgwensen te bespreken, behouden mensen met een kwetsbare gezondheid zo lang mogelijk de eigen regie. Bovendien krijgen professionals zo de handvatten om de juiste zorg in te zetten. Een tijdige inzet van proactieve zorgplanning is niet alleen van meerwaarde voor patiënten in de palliatieve fase, maar ook voor patiënten met een kwetsbare gezondheid, zoals kwetsbare ouderen. Ondanks dat er verschillende hulpmiddelen, scholingen en instrumenten zijn om de palliatieve fase te markeren, wordt deze soms te laat herkend. Dit komt ook, omdat er geen algemeen antwoord te geven is op de vraag wanneer in een ziekteproces de palliatieve fase start. Dat hangt af van de ziekte en het stadium van die ziekte.

Om de palliatieve zorg goed te organiseren en te coördineren rond de behoeften en wensen van de patiënt, moet er een transmurale afstemming en overdracht van het zorgplan plaatsvinden tussen de betrokken zorgverleners in de verschillende sectoren. Op dit moment ervaren zorgaanbieders onvoldoende transmurale afstemming en overdracht. Een aantal genoemde oorzaken waardoor dit niet goed van de grond komt zijn: een beperkte digitale gegevensuitwisseling, tijdgebrek en een ontoereikende bekostiging voor indirecte tijd.

Digitale gegevensuitwisseling tussen sectoren is volgens zorgaanbieders een groot knelpunt in de transmurale afstemming en overdracht. Het kan ondersteunend zijn als proactieve zorgplanning wordt ingebouwd in de diverse ICT-systemen. Alleen is deze vorm van digitale gegevensuitwisseling nu nog lastig te realiseren. Wel zijn er initiatieven om de digitale gegevensuitwisseling in de zorg te verbeteren. Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZII) richt zich bijvoorbeeld op het strategische thema 'Digitale Gegevensuitwisseling'. Daarnaast werken IKNL, Stichting CareCodex en PZNL samen aan een pilot waarbij verschillende zorgorganisaties gegevens over de palliatieve zorg proactief delen.

Huidige bekostiging

In onze visie op de bekostiging van palliatieve zorg staat dat de reguliere bekostiging de proactieve, transmurale palliatieve zorg onvoldoende ondersteunt. Daarbij gaat het onder andere over proactieve zorgplanning, transmurale samenwerking, het voorkomen van niet-passende zorg en een goede afronding van het zorg- en stervensproces. De reguliere bekostiging kent binnen verschillende sectoren een sterke prikkel op (door)behandelen. Volgens het kwaliteitskader palliatieve zorg gaat goede palliatieve zorg juist over kwaliteit van leven en sterven, comfort, aandacht voor het goede gesprek met patiënt, naasten en/of mantelzorgers, en de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners voor een zo goed mogelijk lopend zorgproces.

Daarnaast zijn de huidige mogelijkheden om de samenwerking te bekostigen, beperkt en complex. Dat komt ook, omdat de bekostiging per sector is ingericht en iedere zorgsoort zijn eigen (beleids)regels, prestaties en tarieven kent. Op dit moment loont het financieel niet direct om goede samenwerkingsafspraken te maken met andere zorgverleners. En dat terwijl proactieve zorgplanning een samenspel tussen zorgverleners uit verschillende sectoren is. Met het Integraal Zorgakkoord hebben partijen zich gecommitteerd om de (regionale) samenwerking te versterken en financieel te ondersteunen. Daarmee hebben deze thema's een plek gekregen bij de IZA werkgroep 'bekostiging domein- en sectoroverstijgende samenwerking en Zvw-transformatiemiddelen'.

(Maatwerk)afspraken en beleid zorgverzekeraars

In toenemende mate maakt proactieve zorgplanning deel uit van het beleid van zorgverzekeraars over de verschillende sectoren heen. Zo hebben een aantal zorgverzekeraars per 2024 een prestatie opgenomen in Segment 3 (S3) van de huisartsenzorg. Ook bestaat de facultatieve prestatie Time to Talk in de medisch-specialistische zorg. Hierbij maken zorgverzekeraar en ziekenhuis afspraken om transmurale proactieve zorgplanning mogelijk te maken.

Aandachtspunten

- Bekostiging van palliatieve zorg en bekostiging in het algemeen is een belangrijk aandachtspunt. Op dit moment kent de bekostiging productieprikkel, die tegengesteld kunnen zijn aan wat wenselijk is in de palliatieve zorg: het bespreken van zorgwensen en -grenzen met patiënten in de palliatieve fase.
- Er zijn geen aparte prestaties voor proactieve zorgplanning in de reguliere bekostiging. Hierdoor is dit niet herkenbaar in de declaratiedata. Ook is niet te achterhalen op welke schaal het wordt toegepast. Verder kunnen de effecten op het zorggebruik en de zorgkosten niet worden gemeten.
- Zorgaanbieders ervaren dat het voeren van uitgebreide gesprekken – directe en indirecte tijd – onvoldoende wordt bekostigd.
- Uit deze verkenning komt naar voren dat aanpassing van de bekostiging op zichzelf niet zorgt voor een structurele inbedding van proactieve zorgplanning. Er is ook inzet nodig op:
 - kennis en behoefte van patiënten, naasten en mantelzorgers
 - opleiding, kennis en vaardigheden van zorgverleners
 - organisatie: passende organisatievorm, personeelscapaciteit, tijd, (transmurale) samenwerking, rolverdeling van betrokken professionals
 - digitale gegevensuitwisseling
 - bestuurlijk commitment
 - contracteerafspraken: afhankelijk van afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder
- Gesprekken over proactieve zorgplanning worden soms te laat gevoerd. Dit komt ook, omdat het lastig is om de palliatieve fase te markeren. Daarnaast kunnen patiënten terughoudend zijn om hierover in gesprek te gaan met de zorgverlener.
- Zowel patiënten als zorgverleners kunnen het gesprek in het kader van proactieve zorgplanning als erg belastend ervaren. Handelingsverlegenheid bij zorgverleners kan hierbij een rol spelen.

2.3 Bevindingen per sector

2.3.1 Huisartsenzorg

Richtlijnen/protocollen

In 2023 is de generieke Richtlijn Proactieve Zorgplanning vastgesteld. De regiehouder hiervan is het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De primaire doelgroepen voor de richtlijn zijn: artsen, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants en praktijkondersteuners huisartsen (POH).

Daarnaast is er het protocol Palliatieve Zorgplanning thuis. ZZG Zorggroep, Radboudumc en de HAN hebben dit protocol ontwikkeld. Het is bedoeld voor huisartsen, praktijkondersteuners huisartsen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen. Het protocol geeft handvatten om tijdig de behoefte aan palliatieve zorg te herkennen en om afspraken over de zorg systematisch vast te leggen.

Organisatie proactieve zorgplanning

Palliatieve zorg en zorg aan kwetsbare ouderen die thuis wonen, behoort tot de taken van huisartsen. Het NHG geeft aan dat iedere huisarts beschikt over de medisch-generalistische kennis en kunde om generalistische palliatieve zorg te leveren, zoals de LHV heeft vastgesteld in het basisaanbod. De huisarts is verantwoordelijk voor de zorg-, coördinatie- en gidsfunctie bij palliatieve zorg in de thuissituatie. Gesprekken over proactieve zorgplanning en het opstellen van zorgplannen zijn daar een belangrijk onderdeel van. Op verzoek van de huisarts kan de praktijkondersteuner verkennende gesprekken voeren, voordat het gesprek over proactieve zorgplanning plaatsvindt.

Naast de huisarts heeft ook de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke rol in de zorg voor ouderen in de eerste- en tweedelijnszorg. De bekostiging hiervan loopt via het eerstelijnsverblijf (elv), de geriatrische revalidatiezorg (grz), de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) of de Wet langdurige zorg (Wlz). In de hoofdstukken over de kortdurende en langdurige zorg bespreken we de bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde.

Samenwerking en (transmurale) afstemming en overdracht

Huisartsen voeren de gesprekken over proactieve zorgplanning en stellen het zorgplan op. Ook zijn zij een belangrijke schakel in de (transmurale) afstemming en overdracht van dit plan met betrokken zorgprofessionals in de eerste- en/of tweedelijnszorg. Hierdoor kan tijdig de gewenste zorg worden georganiseerd in de laatste levensfase. Het is gewenst om huisartsen in een vroeg stadium te betrekken. In de praktijk is de start van de palliatieve fase lastig te bepalen. Bovendien kunnen betrokken zorgprofessionals in de eerste- en tweedelijnszorg een verschillend perspectief hebben op wanneer de palliatieve of laatste levensfase aanbreekt. Dit pleit voor een goed samenspel tussen de zorgprofessionals in de eerste- en tweedelijnszorg. Zo kunnen zij tijdig (passende) zorg organiseren of overdragen. In sommige gevallen – als de behandelend arts in het ziekenhuis de regie voert over het behandeltraject – ervaren huisartsen dat ze te laat worden betrokken in het palliatieve zorgtraject van de patiënt. Wanneer het gesprek over proactieve zorgplanning in het ziekenhuis plaatsvindt, is het van belang dat de behandelend arts het zorgplan vastlegt en overdraagt aan de andere betrokken zorgverleners (zoals de huisarts). Soms vindt de overdracht van de patiënt naar de huisarts pas plaats als de patiënt in de terminale fase zit en nog maar een paar maanden of weken te leven heeft. De zorg

sluit daarmee niet altijd aan bij de wensen en behoefte van de patiënt, mogelijk met ongewenste en niet-passende zorg tot gevolg. PZNL heeft deze knelpunten in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II geprioriteerd. Ze worden binnen dit programma opgepakt.

Om de samenwerking met de verschillende zorgprofessionals in de eerstelijnszorg te stimuleren en te ondersteunen, zijn er PaTz groepen. PaTz staat voor palliatieve zorg thuis. De PaTz groepen zijn bedoeld om een (structurele) samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen en inhoudelijk deskundigen, bijvoorbeeld een geestelijk verzorger, te organiseren en te bevorderen. De betrokken zorgprofessionals bespreken vroegtijdig patiënten en spelen in op de zorgbehoefte van de patiënt. Dankzij de multidisciplinaire aanpak wordt ieders deskundigheid vergroot. De regionale Netwerken Palliatieve Zorg kunnen de organisatie van de PaTz groep ondersteunen.

Huidige bekostigingsmogelijkheden en knelpunten

In 2015 is het huidige bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg geïntroduceerd. Het bekostigingsmodel bestaat uit drie segmenten, waarbij ieder segment zijn eigen kenmerken heeft.

- Segment 1 (S1) richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg.
- Segment 2 (S2) richt zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg, waar naast de huisartsenzorg ook andere disciplines bij betrokken zijn om een integrale zorgbehandeling te geven. Hierbij maken we onderscheid tussen enerzijds ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking en zorg bij chronische zorg, en anderzijds prestaties onder de noemer organisatie en infrastructuur (O&I).
- Segment 3 (S3) biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over de beloning van resultaten of over zorgvernieuwing op lokaal niveau. De tarieven in dit segment zijn vrij onderhandelbaar, mits er sprake is van een contract.

Prestaties die bij de introductie van het huidige bekostigingsmodel niet goed in een van de drie segmenten pasten, zijn daarbuiten geplaatst. Het gaat dan bijvoorbeeld om verrichtingen die specifiek gericht zijn op substitutie vanuit de tweede lijn (Modernisering & Innovatie-verrichtingen), ANW-verrichtingen of prestaties die buiten de verzekerde zorg vallen.

Binnen de huisartsenzorg zijn er een aantal bekostigingsmogelijkheden die ruimte bieden om proactieve zorgplanning in te zetten. Hierna lichten we de bekostigingsmogelijkheden toe en beschrijven we hoe hiervan gebruik wordt gemaakt.

Segment 1

Vanuit S1 ontvangt een huisarts een vast bedrag (inschrijftarief per kwartaal) voor zijn ingeschreven verzekerden. De hoogte hiervan is mede afhankelijk van de leeftijd van de patiënt. Binnen dit segment wordt er indirect ook rekening gehouden met kwetsbare ouderen: het bedrag neemt toe naar mate de leeftijd en de daarmee verwachte zorgzwaarte toeneemt.

Vanuit S1 worden reguliere consulten van huisartsen bekostigd. De beleidsregel biedt ruimte om in een regulier consult een proactief zorgplanningsgesprek met een patiënt te voeren. De zorgaanbieder wordt dan bekostigd op basis van de bestede tijd en kan de prestatie 'consult regulier 20 minuten en langer' declareren. De vergoeding van een consult is in aanvulling op het inschrijftarief. Tijdens de verkenning gaven huisartsen aan dat deze vergoeding de directe en indirecte tijd voor proactieve zorgplanning onvoldoende dekt.

Voor de palliatief terminale fase is er een separate prestatie in S1: 'intensieve zorg overdag' en 'intensieve zorg in de avond, nacht of het weekend'. De huisarts kan deze prestatie inzetten voor proactieve zorgplanning, maar alleen voor patiënten in een palliatief terminaal traject. Bij deze patiënten is er sprake van een levensverwachting van minder dan drie maanden. Huisartsen ervaren proactieve zorgplanning in deze fase als 'te laat', omdat het wenselijk is om in de beginfase van de palliatieve fase, of nog daarvoor, de wensen en behoeften van de patiënt te bespreken. Om daadwerkelijk de meerwaarde van proactieve zorgplanning te ervaren, is het belangrijk om proactieve zorgplanning vroegtijdig in te zetten.

Segment 2

S2 biedt ook (indirect) ruimte voor bekostiging van proactieve zorgplanning. Binnen S2 maken zorgverzekeraars afspraken met regionale huisartsenorganisaties (RHO's) over multidisciplinaire samenwerking en zorg. Dit is voornamelijk zorg voor chronische aandoeningen in de vorm van ketenzorg. Deze zorg is daarmee beschikbaar voor een deel van de patiënten in de palliatieve fase en/of kwetsbare ouderen in een bepaalde regio. Proactieve zorgplanning kan onderdeel zijn van deze ketenzorg, zoals bij COPD en diabeteszorg. Tijdens de consultatie is aangegeven dat zorgverzekeraars en RHO's hierover nog maar beperkt afspraken maken. Een van de geconsulteerde zorgverzekeraars heeft binnen S2 een prestatie voor proactieve zorgplanning in de ouderenzorg. Voorwaarden voor deze prestatie zijn: het opstellen van een zorgplan voor kwetsbare ouderen, multidisciplinair overleg (mdo) en afstemming over farmaceutische zorg.

S2 van de huisartsenzorg kent daarnaast de prestatie 'organisatie en infrastructuur (O&I) wijkmanagement, per verzekerde'. Binnen deze prestatie kan de RHO de organisatie van transmurale afstemming binnen een wijk bekostigen. Transmurale afstemming en overdracht van het zorgplan is nodig om passende zorg in de laatste levensfase te realiseren. Denk bijvoorbeeld aan het maken van afspraken met verschillende zorgaanbieders en het faciliteren van een ICT-systeem.

Segment 3

Huisartsen en RHO's kunnen in S3 met zorgverzekeraars afspraken maken over de resultaten van de inzet in huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg of over zorgvernieuwing. Daarnaast biedt S3 ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om praktijkgebonden afspraken te maken rondom huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg. Denk bijvoorbeeld aan het leveren van zorg die niet onder de andere segmenten valt. S3 biedt daarmee de mogelijkheid om aanvullende afspraken over proactieve zorgplanning te maken. In 2024 maken twee zorgverzekeraars hier in ieder geval gebruik van. Dit zijn maatwerkafspraken tussen zorgverzekeraar, huisarts en RHO, wat kan resulteren in maatwerk in de regio. Hierdoor kunnen regionale verschillen en praktijkvariatie ontstaan (zie '(Maatwerk)afspraken en beleid zorgverzekeraars' aan het einde van dit hoofdstuk voor een toelichting hierop). Een aantal veldpartijen ervaren deze mogelijke regionale verschillen en praktijkvariatie ten aanzien van proactieve zorgplanning als onwenselijk. Ook beschouwen (vertegenwoordigers van) huisartsen financiering in S3 als niet-structureel. Recent zijn er afspraken gemaakt in S3. Daardoor is er nog weinig ervaring met het gebruik van deze S3-prestaties. De aanvullende afspraken in S3 zijn een kans om te onderzoeken en te leren hoe proactieve zorgplanning kan aansluiten bij de praktijk.

Alle zorgverzekeraars hebben een S3-prestatie voor kwetsbare ouderen. Deze kent een 100% contracteergraad. Het kan per zorgverzekeraar verschillen welke zorgactiviteiten onderdeel zijn van de module. Niet bij elke zorgverzekeraar is proactieve zorgplanning hier onderdeel van. Ook kan het per zorgverzekeraar verschillen hoe de module wordt bekostigd, bijvoorbeeld per geïnccludeerde patiënt of als een tariefopslag voor het aantal 75+'ers. Op deze manier is er ook indirect aandacht voor proactieve zorgplanning. In die gevallen waarin proactieve zorgplanning wel deel uitmaakt van de module, ervaren huisartsen het tarief niet altijd als kostendekkend om proactieve zorgplanning structureel toe te passen. Ander nadeel van bekostiging via de module kwetsbare ouderen is dat niet alle patiënten die baat hebben bij proactieve zorgplanning, kwetsbare ouderen zijn. Hier zijn ook andere mogelijkheden voor in S3.

Transmurale afstemming met de medisch specialist over de zorg met betrekking tot de zorgvraag van de patiënt in de palliatieve fase is mogelijk via meekijkconsulten, bekostigd vanuit S3. Het transmuraal afstemmen van het zorgplan tussen de eerste- en tweedelijnszorg is wel een knelpunt. Het onderwerp samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg onderzoeken we dan ook verder binnen het programma Passende bekostiging voor de medisch-specialistische zorg.

Experimenten

Daarnaast kan de TAPA\$ prestatie 'Transmurale coördinatie en continuïteit palliatieve zorg' worden gecontracteerd: *"Deze prestatie gaat over de voorzieningen die nodig zijn om, gedurende het gehele zorgproces, de ad-hoc- en structurele samenwerking tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in een regio mogelijk te maken."* Deze prestatie loopt via de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten. Daarmee kent het een doorlooptijd van maximaal vijf jaar. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen daarover aanvullende afspraken maken. Geconsulteerde partijen zien de TAPA\$ prestaties als een goede tijdelijke oplossing voor de transmurale coördinatie en continuïteit.

Meer Tijd Voor de Patiënt

Wijzigingen in de structurele bekostiging van 'Meer Tijd Voor de Patiënt' (MTVP) worden per 2025 doorgevoerd. De Leidraad van MTVP hanteert de volgende definitie voor MTVP: *"Door een combinatie van interventies die vallen onder anders werken in de praktijk, samenwerken met het netwerk en eventuele uitbreiding van personele capaciteit, wordt het mogelijk om meer tijd voor de patiënt en daarmee een flexibele gemiddelde consultduur van 15 minuten te realiseren. De huisarts heeft hierdoor tijd om het goede gesprek met de patiënt te voeren. De RHO ondersteunt de huisartsen bij de implementatie van MTVP."* MTVP beoogt dus onder andere een positief effect te hebben op de organisatie van zorg, zoals meer ruimte en capaciteit binnen de huisartsenpraktijk. Deze ontwikkelingen kunnen ervoor zorgen dat er meer ruimte ontstaat voor die momenten waarop extra tijd voor de patiënt nodig is. Indirect kan dit eraan bijdragen dat er meer aandacht is voor proactieve zorgplanning. We volgen de ontwikkelingen rondom MTVP en kijken welke impact dit traject heeft op de organisatie van zorg, specifiek voor proactieve zorgplanning.

(Maatwerk)afspraken en beleid zorgverzekeraars

Verschillende zorgverzekeraars stimuleren proactieve zorgplanning. Dat doen ze door het expliciet te benoemen in hun inkoopbeleid en er separate afspraken over te maken in S2 of in S3. De afgelopen jaren zijn er in S3 verschillende prestatiecodes voor proactieve zorgplanning bijgekomen: Behandelwensgesprek (31244), Update behandelwensgesprek (31242) en Advance Care Planning

(31381). De betreffende zorgverzekeraars vinden het transmuraal afstemmen van zorgplan essentieel onderdeel van proactieve zorgplanning en stellen dit als voorwaarde.

Daarnaast zijn er huisartsen en regionale samenwerkingsverbanden die op eigen initiatief proactieve zorgplanning inzetten. Een geconsulteerde RHO stelt middelen beschikbaar aan huisartsen in de regio om proactieve zorgplanning in te zetten. Vanuit de reserves van de organisatie bieden zij hun huisartsen een vergoeding hiervoor. De voorwaarden waaraan huisartsen moeten voldoen zijn bijvoorbeeld: huisartsen en POH volgen de NHG e-learning over proactieve zorgplanning; en de huisarts moet het gesprek hebben gevoerd, uniform hebben geregistreerd en het afgesproken beleid doorgeven aan de huisartsenpost (wel of niet reanimeren, IC- en ziekenhuisopname).

Aandachtspunten

We zien de volgende aandachtspunten rondom stimulering van proactieve zorgplanning binnen de huisartsenzorg:

- Bij proactieve zorgplanning is een goede regionale samenwerking en (transmurale en digitale) afstemming van belang, zodat er duidelijke werkafspraken worden gemaakt om passende zorg te organiseren.
- Geconsulteerde partijen hebben de wens geuit om voorwaarden te verbinden aan gemaakte (maatwerk)afspraken. Zo kan proactieve zorgplanning worden gedeclareerd als aan alle onderdelen hiervan, zoals transmurale afstemming, is voldaan. Belangrijk is dat een eventuele aanpassing in de bekostiging niet tot meer administratieve lasten leidt.
- Voor eventuele (toekomstige) aanpassingen in de bekostiging moet bij voorkeur niet alleen de tijdsbesteding van langere gesprekken leidend zijn. Ook de inhoud van het gesprek en de onderdelen van proactieve zorgplanning zoals hierboven beschreven, zouden moeten worden meegewogen.
- Naast bekostiging hebben verschillende organisatorische factoren invloed op de borging van proactieve zorgplanning in de zorg:
 - kennis en behoefte van patiënten, naasten en mantelzorgers
 - opleiding, kennis en vaardigheden van zorgverleners
 - organisatie: passende organisatievorm, personeelscapaciteit, tijd, (transmurale) samenwerking, rolverdeling van betrokken professionals
 - digitale gegevensuitwisseling
 - contracteerafspraken: afhankelijk van afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder

Conclusie huisartsenzorg

Op dit moment is er voor proactieve zorgplanning geen separate prestatie binnen het gereguleerde deel van de bekostiging van de huisartsenzorg. De manier waarop proactieve zorgplanning impliciet is verwerkt in de tarieven van Segment 1 (S1), ervaren de geconsulteerde (vertegenwoordigers van) zorgverleners als ontoereikend. Binnen Segment 2 (S2) en Segment 3 (S3) is er de mogelijkheid om hierover maatwerkafspraken te maken tussen huisartsen, regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en zorgverzekeraars. De afgelopen periode zijn deze mogelijkheden in toenemende mate benut door een aantal zorgverzekeraars en -aanbieders. Zorgverzekeraars voeren hier verschillend beleid op, wat kan leiden tot regionale verschillen en praktijkvariatie. Dit kan invloed hebben op de continuïteit en toegankelijkheid van deze zorg. Hierdoor is bekostiging via S2 en S3 voor proactieve zorgplanning

structureel onvoldoende. Daarom zijn wij voornemens om per 2027 een passende en structurele landelijke bekostiging voor proactieve zorgplanning in S1 in te voeren.

De komende tijd gaan we aan de slag om dit voornemen uit te voeren. Op korte termijn initiëren wij gesprekken met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en branchepartijen om ons te voorzien van input. Om toe te werken naar een structurele bekostiging, moeten we inzicht krijgen in de doorwerking van recente maatwerkafspraken in S2 en S3. Door verschillende initiatieven te monitoren en te bespreken, kunnen we waardevolle inzichten opdoen die ons helpen om de bekostiging per 2027 effectief en structureel passend in te richten. Tegelijkertijd moedigen we zorgverzekeraars aan om proactieve zorgplanning actief te contracteren. Zo kunnen zorgaanbieders ook nu al aan de slag om deze zorg te borgen binnen hun organisatie.

2.3.2 Ziekenhuiszorg

Richtlijnen/protocollen

De SKMS werkt aan een uniforme leidraad voor proactieve zorgplanning in ziekenhuizen. Daarnaast wordt proactieve zorgplanning ook genoemd in de richtlijnen van verschillende aandoeningen, bijvoorbeeld voor COPD. Dat geldt overigens niet voor alle aandoeningen.

Organisatie proactieve zorgplanning

De afgelopen jaren is er binnen de ziekenhuizen meer aandacht gekomen voor proactieve zorgplanning. Ze zien de meerwaarde ervan in om dit naast de behandeling in te zetten. Het wisselt per ziekenhuis en per afdeling in hoeverre proactieve zorgplanning een structureel onderdeel is van zorgpaden. Landelijk zijn er meerdere initiatieven om proactieve zorgplanning onderdeel te laten zijn van zorgpaden. Deze initiatieven variëren en kennen verschillende werkwijzen. Binnen ziekenhuizen past de ene afdeling het wel toe en de andere niet. De meeste initiatieven vinden plaats op de afdeling oncologie.

Het is bij voorkeur de behandelend arts of verpleegkundige die de gesprekken in het kader proactieve zorgplanning voert. Deze professional is op de hoogte van de diagnose, behandeling en prognose van de patiënt. De betrokken professional staat dicht bij de patiënten en heeft een band met de patiënt opgebouwd om dit gesprek te voeren. Bij complexe situaties kunnen professionals de expertise van het palliatief team inzetten. Dit team speelt vaker een rol in het latere stadium van de palliatieve fase, terwijl proactieve zorgplanning bij voorkeur aan het begin plaatsvindt.

Sommige ziekenhuizen vinden het moeilijk om proactieve zorgplanning in te plannen, omdat het onduidelijk is wanneer het juiste moment is voor deze gesprekken. Dit hangt ook samen met de markering van de palliatieve fase. In de praktijk is het vaak onduidelijk wanneer de palliatieve fase aanbreekt. Palliatieve zorg en curatieve zorg kunnen ook naast elkaar bestaan. Het is belangrijk dat er voldoende kennis is bij zorgverleners in het ziekenhuis over wat het beste moment voor de patiënt is om te starten met proactieve zorgplanning. De Richtlijn Proactieve Zorgplanning biedt hier handvatten voor.

Ziekenhuizen die een breder beleid hebben op palliatieve zorg en die proactieve zorgplanning goed hebben ingebed in het zorgpad, ervaren minder moeilijkheden met de planning. Bij ziekenhuizen waar proactieve zorgplanning al standaard onderdeel van de zorg is, is dat vaak een keuze vanuit de Raad van Bestuur. Hierdoor ontstaat er ruimte in het budget, de personele formatie en de agenda. De afspraken met de zorgverzekeraars zijn daarbij van invloed. Meerjarige aanneemsommen bieden hierin bijvoorbeeld voldoende ruimte. Ook de financiële positie van het ziekenhuis speelt een grote rol.

Het vraagt tijd, inzet en geld van de organisatie om proactieve zorgplanning goed in te bedden. Zeker wanneer het op grote schaal wordt toegepast. Ziekenhuizen moeten zorgpaden aanpassen, de proactieve zorgplanning planbaar maken in de agenda's en de interne verdeling van gelden en de inzet van het personeel aanpassen. Dit blijkt ook uit de facultatieve prestatie Time to Talk. Deze facultatieve prestatie is een aanvullende afspraak binnen het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Dat deze prestatie bestaat, betekent niet automatisch dat ziekenhuizen proactieve zorgplanning kunnen inzetten in de praktijk. Om proactieve zorgplanning te kunnen uitvoeren en declareren, blijkt het belangrijk om de organisatie aan te passen aan deze werkwijze.

Ook in de samenwerking en overdracht naar de eerstelijnszorg ervaren ziekenhuizen knelpunten. Proactieve zorgplanning gaat over meer dan een overdracht van de tweede naar de eerstelijnszorg en over meer dan een multidisciplinair overleg (mdo). Het is een samenspel tussen verschillende zorgverleners (zoals medisch specialist, huisarts en wijkverpleging), patiënt, naasten en/of mantelzorgers. Bij een groot deel van de patiënten wordt de palliatieve fase voor het eerst herkend of erkend in de tweede lijn. Het is goed om vroeg in de palliatieve fase de verbinding met de huisarts en eventueel wijkverpleging te zoeken. Voor deze intensieve afstemming en overdracht is de huidige bekostiging van beide kanten nu te beperkt, zo vinden de geïnterviewden. Ook noemen zij de digitale gegevensuitwisseling tussen sectoren als groot knelpunt.

Huidige bekostigingsmogelijkheden en knelpunten

Er is op dit moment (2024) geen aparte reguliere prestatie voor proactieve zorgplanning. Binnen de reguliere consulten ervaren ziekenhuizen te weinig ruimte, omdat proactieve zorgplanning een grotere inspanning en tijdsinvestering vraagt. Daarnaast kost het opstellen van het zorgplan en de transmurale afstemming van dit plan meer inspanning dan de reguliere verslaglegging en overdracht. We horen terug dat er onvoldoende financiële prikkels zijn om meer tijd te besteden aan lange gesprekken, specifiek voor proactieve zorgplanning.

De huidige dbc-systematiek maakt geen onderscheid in de duur en inhoud van verschillende consulten. Een consult is een consult ongeacht de duur en inhoud ervan. De systematiek gaat uit van integrale prestaties: niet alle handelingen binnen een dbc-zorgproduct worden expliciet gemaakt. Daarnaast gelden er voor de meeste prestaties vrije tarieven. Hierover zijn afspraken te maken met zorgverzekeraars. Wanneer een ziekenhuis aan proactieve zorgplanning doet, kunnen zij de kosten op dit moment toeschrijven aan de betreffende dbc-zorgproducten. Daarbij kunnen zij met de zorgverzekeraar een passend tarief onderhandelen. In de praktijk blijkt het echter vaak niet haalbaar om onderhandelingen op detailniveau te voeren.

Voor samen beslissen is de zorgactiviteit '*uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger (190066)*' geïntroduceerd. Deze zorgactiviteit heeft geen bepalende rol in de afleiding. Wel kunnen ziekenhuizen deze gebruiken om voor de zorgverzekeraar inzichtelijk te maken hoe vaak deze activiteit voorkomt. Voor proactieve zorgplanning kunnen zij ook gebruikmaken van deze zorgactiviteit. In de praktijk blijkt deze zorgactiviteit nauwelijks te worden gebruikt. Zorgaanbieders geven aan dat het vooral een administratieve last oplevert en dat zij het niet gebruiken voor de financiële waardering van dbc-zorgproducten.

Wanneer ziekenhuizen voldoen aan de voorwaarden van gespecialiseerde palliatieve zorg, kunnen zij een dbc-zorgproduct voor de inzet van het palliatieve team declareren. Hieronder vallen ook de dbc-zorgproducten voor poliklinische consulten door het palliatieve team. Als onderdeel van de zorg kan het palliatieve team ook aandacht besteden aan proactieve zorgplanning. In consultaties met meerdere behandelaren (generalisten) hebben we echter terug gehoord dat proactieve zorgplanning bij voorkeur door de behandelend specialist of verpleegkundig specialist van de betreffende afdeling gebeurt. Reden: het gaat om de relatie met de patiënt. Bovendien heeft de specialist vaak meer kennis van de ziekteprognose.

Knelpunten

Momenteel kent de bekostiging van ziekenhuizen een productieprikkel die vooral behandelen beloont. Er is geen financiële stimulans voor ziekenhuizen om uitgebreide gesprekken te voeren voor proactieve

zorgplanning. Hoewel de tarieven voor dbc-zorgproducten vaak vrij zijn, hebben we nog geen voorbeelden gehoord waarin zorgverzekeraars rekening houden met proactieve zorgplanning bij prijsafspraken met ziekenhuizen.

Proactieve zorgplanning kan ervoor zorgen dat sommige patiënten kiezen voor minder of geen invasieve behandelingen. Dit kan de capaciteit voor andere passende zorg vergroten, maar ook leiden tot omzetverlies voor ziekenhuizen. Dit kan een financiële uitdaging vormen, vooral voor kleinere ziekenhuizen met een minder sterke financiële positie of met productiegedreven afspraken met zorgverzekeraars. Dit kan eraan bijdragen dat proactieve zorgplanning niet de prioriteit krijgt die het verdient. Om deze uitdagingen aan te pakken, kunnen meerjarenafspraken en aanneemsommen mogelijk meer ruimte bieden voor proactieve zorgplanning. Hoewel er zorgen zijn over omzetsderving, is het belangrijk om dit in het licht te zien van de toenemende vraag naar zorg en het capaciteitsprobleem in ziekenhuizen.

Vrijwel alle geïnterviewde partijen erkennen dat er een bekostigingsknelpunt bestaat rondom de tijd die nodig is voor proactieve zorgplanning tijdens poliklinische bezoeken. Zij geven aan dat een aangepaste bekostiging deze inzet kan ondersteunen. Proactieve zorgplanning vraagt immers om patiëntgesprekken die langer zijn dan de reguliere consulttijd, om het opstellen van een zorgplan en om transmurale afstemming en overdracht. Bij klinische consulten ervaren geïnterviewden dit knelpunt echter niet.

(Maatwerk)afspraken en beleid zorgverzekeraars

Verschillende zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen de facultatieve prestatie Time to Talk afspreken. Deze prestatie is onderdeel van een groter project om proactieve zorgplanning in de regio in te bedden. De implementatie en inbedding in het zorgpad vraagt om interne keuzes en verschuivingen van mensen en middelen. Het ziekenhuis is gestart met een project om deze werkwijze te implementeren, ondersteund door een subsidie van ZonMw voor proactieve zorgplanning.

Projecten en trajecten

- ZonMw heeft in 2022 een subsidieoproep gedaan voor de implementatie van proactieve zorgplanning. Dit valt onder het programma Palliantie I & II. Er zijn elf projecten gehonoreerd en van start gegaan, waaronder de subsidie voor Time to Talk. Het doel van deze subsidieoproep is de inzet van proactieve zorgplanning te stimuleren, om zo de zorg en ondersteuning voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn en hun naasten optimaal te laten aansluiten bij hun behoeften en wensen. Voor deze subsidieoproep kwamen subsidieaanvragen in aanmerking waarbij een bestaand transmurale samenwerkingsverband gaat samenwerken met de eerste- en tweede- of derdelijnszorg en ondersteuning op het gebied van proactieve zorgplanning. Wij volgen de uitkomst van deze projecten in het kader van passende bekostiging.
- Het Zorginstituut kende de afgelopen jaren een subsidieregeling voor het 'Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen beslissen'. Het doel van de subsidie was dat patiënten op basis van uitkomstinformatie zelf kunnen meebeslissen over welke zorg het beste bij hen past. Met deze regeling stimuleerde het Zorginstituut het goede gesprek tussen zorgvragers en zorgverleners. In het eerste jaar van deze regeling zijn veel projecten binnen het thema kwetsbare ouderen gehonoreerd voor proactieve zorgplanning.

Aandachtspunten

- We zijn ons ervan bewust dat het onvoldoende is om alleen de bekostiging aan te passen. Naast de bekostiging spelen andere factoren een belemmerende rol in de praktijk. Hier moet gelijktijdig aandacht voor zijn:
 - kennis en behoefte van patiënten, naasten en mantelzorgers
 - opleiding, kennis en vaardigheden van zorgverleners
 - organisatie: passende organisatievorm (aanpassen zorgproces/poliplanning), (transmurale) samenwerking, rolverdeling van betrokken professionals
 - digitale gegevensuitwisseling
 - bestuurlijk commitment
 - contracteerafspraken afhankelijk van afspraken tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis
 - interne verdelingssystematiek tussen afdelingen en het medisch-specialistisch bedrijf van het ziekenhuis
 - eisen rondom minimumaantal operaties (volumenormen)

Conclusie ziekenhuiszorg

Er is steeds meer aandacht voor proactieve zorgplanning binnen de medisch-specialistische zorg. De praktijkvariatie blijft echter hoog en op veel plaatsen maakt proactieve zorgplanning nog geen deel uit van het zorgpad. Deze verkenning wijst uit dat de huidige bekostiging onvoldoende stimulans biedt om proactieve zorgplanning in te zetten. Er is geen expliciete vergoeding binnen de bekostiging voor deze aanpak. Bovendien zijn de financiële prikkels in de bekostiging van medisch-specialistische zorg voornamelijk gericht op diagnostiek en behandelingen, niet op het voeren van langere gesprekken voor proactieve zorgplanning. Proactieve zorgplanning vraagt om een significant grotere tijdsinvestering dan een regulier consult, reguliere verslaglegging of overdracht. Dit gebrek aan financiële stimulans belemmert een grootschalige toepassing. Daarnaast is een goede afstemming met de eerstelijnszorg cruciaal, maar momenteel ervaren beide partijen dat de bekostiging te beperkt is.

Om proactieve zorgplanning structureel in te bedden, is niet alleen passende bekostiging nodig. Het vergt ook aanzienlijke inspanningen van een ziekenhuis in de organisatie van zorg. Factoren als planbaarheid, capaciteit en interne verdelingssystematiek spelen een rol. Ook is er een samenhang met de financiële positie en financiële afspraak met de zorgverzekeraar. Ziekenhuizen met bijvoorbeeld aanneemsommen ervaren de bekostiging minder als een belemmering.

Een betere en meer passende bekostiging voor proactieve zorgplanning kan bijdragen aan een bredere implementatie van deze aanpak. Daarom streven we ernaar om de bekostiging per 2025 aan te passen.

2.3.3 Wijkverpleging

Richtlijnen/protocollen

Proactieve zorgplanning is opgenomen in het Kwaliteitskader Wijkverpleging. Dit kader is geregistreerd bij het Zorginstituut. V&VN heeft ook een handreiking opgesteld, die is gebaseerd op het Kwaliteitskader Palliatieve zorg: Palliatieve zorg thuis voor (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden. Het Zorgpad Stervensfase omvat eveneens elementen van proactieve zorgplanning. Dit zorgpad helpt om de kwaliteit van zorg in de stervensfase te optimaliseren.

In 2018 is het protocol palliatieve zorgplanning thuis ontwikkeld. Dit is een samenwerking tussen huisartsen, praktijkondersteuners, verpleegkundig specialisten, verpleegkundig experts en verpleegkundigen. De ontwikkelaars van het protocol zijn: ZZG Zorggroep, Radboudumc en de HAN. Zorgpartijen kunnen het protocol inzetten om de zorg in de wijkverpleging voor patiënten in de palliatieve fase te verbeteren en om de toegang tot palliatieve expertise te vergemakkelijken.

Aanvullend op de richtlijnen van de NHG en NVAVG heeft Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ) een handreiking vastgesteld: 'Proactieve zorgplanning in de langdurige zorg'. Deze gaat in op proactieve zorgplanning en de planning van de medische zorg en behandeling voor mensen in de langdurige zorg. De SKILZ-handreiking biedt zorgverleners handvatten om proactieve zorgplanning toe te passen, te initiëren, te continueren en te organiseren. Zo sluit de zorg beter aan bij de wensen en de kwaliteit van leven van cliënten. De aanbevelingen in de handreiking zijn van toepassing op kwetsbare mensen. Dat wil zeggen: kwetsbare ouderen, kwetsbare mensen met chronische ziekte(n) en volwassenen met een verstandelijke beperking. De aanbevelingen richten zich op toepassing van proactieve zorgplanning, gespreksvoering en de organisatie ervan. Het gaat hier om mensen met een complexe langdurige zorgvraag, zowel thuiswonend als wonend in een zorginstelling.

Organisatie proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is onderdeel van de zorg van de wijkverpleging en past goed bij het gedachtegoed van deze zorg. De wijkverpleging kijkt vanuit de bredere blik van Positieve Gezondheid en kwaliteit van leven, zodat de zorg aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt. naar de cliënt

Vanwege de rol als regiobehandelaar in de thuissituatie is het de huisarts die in de praktijk vaak gesprekken over proactieve zorgplanning voert. Ook de specialist ouderengeneeskunde (so) kan hierbij een rol spelen. In de wijk heeft de wijkverpleegkundige voor kwetsbare ouderen of patiënten in de palliatieve fase een belangrijke signalerende, steunende en voorbereidende rol voor het gesprek over proactieve zorgplanning. Het gesprek over proactieve zorgplanning kan worden ingezet wanneer het onderdeel is van een bestaande zorgvraag. Bijvoorbeeld bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Vaak vindt het niet op gezette momenten plaats. Dit komt, doordat de wijkverpleegkundige voor een specifieke zorgvraag naar de thuissituatie van de persoon gaat. Naast het leveren van verpleegkundige zorg kan het gesprek worden aangegaan over proactieve zorgplanning. Het is gewenst dat de betrokken zorgverlener bekend en vertrouwd is met de patiënt om het goede gesprek over proactieve zorgplanning te voeren.

De inzet van proactieve zorgplanning en de vroegtijdige afstemming van de uitkomsten tussen wijkverpleegkundige en huisarts helpt om passende zorg te organiseren en om zwaardere zorg te voorkomen. Binnen de bekostiging van de wijkverpleging is er een bekostigingsmogelijkheid voor indirecte tijd. Die is nodig voor afstemming met de huisarts. Deze impliciete mogelijkheid wordt in beperkte mate als stimulerend ervaren. De patiëntgebonden indirecte tijd die de wijkverpleegkundige maakt (bijvoorbeeld voor werkoverleg en mdo's), is weliswaar onderdeel van de integrale tarieven voor de wijkverpleging, maar biedt geen expliciete stimulans om de huisarts tijdig te betrekken. Bij mensen met een ongeneeslijke aandoening blijkt dat vaak de medisch specialist de regiebehandelaar is en de huisarts beperkt of te laat betrokken is. Dit wordt als gemiste kans ervaren door de wijkverpleging vanuit het oogpunt van overdracht en samenwerking.

De wijkverpleegkundige kan de uitkomst van proactieve zorgplanning meenemen in de indicatiestelling voor wijkverpleging. Zo sluit de zorg beter aan bij de behandelwensen en -grenzen van de patiënt. Evaluatiemomenten van de zorg zijn er doorgaans één keer per half jaar en/of wanneer de zorgvraag significant verandert. De indicatie wordt op deze manier up-to-date gehouden. De evaluaties vormen een geschikt moment om het gesprek over proactieve zorgplanning te voeren. Dan bestaat ook de mogelijkheid om, wanneer hier duidelijk extra uren voor nodig zijn, uren verpleging voor proactieve zorgplanning te indiceren. In de praktijk gebeurt dat niet altijd. Wanneer het duidelijk is dat een cliënt de palliatieve fase ingaat, dan verandert de zorgvraag vaak significant en doet de wijkverpleegkundige een herindicatie. Op basis van de herindicatie wordt de palliatieve zorg verder ingericht.

Huidige bekostigingsmogelijkheden en knelpunten

In de wijkverpleging stelt de wijkverpleegkundige een indicatie voor welke zorg er nodig is. Binnen de indicatiestelling is er aandacht voor proactieve zorgplanning. Bekostiging bestaat 'van oudsher' uit urendeclaratie voor geleverde verzorging en verpleging. Er is geen direct probleem met de bekostiging van de gesprekken voor proactieve zorgplanning. Wel blijkt uit de gesprekken dat er knelpunten zijn die indirect te maken hebben met bekostiging. Preventie en proactieve zorgplanning krijgen door gebrek aan tijd niet altijd voldoende ruimte. Dit kan komen doordat zorgorganisaties meer sturen op ureninzet vanwege hoge werkdruk en schaarste.

Vanaf 2024 hebben zorgaanbieders in de wijkverpleging die meedoen aan het experiment bekostiging cliëntprofielen, de mogelijkheid om cliëntprofielen te registreren. Op 4 juni 2024 is de motie van de leden Joseph en Agema aangenomen die ons op legt om cliëntprofielen niet verplicht te stellen per 1 januari 2025. De definitieve uitwerking van deze motie in onze regelgeving is op moment van publiceren nog niet bekend. Daarmee zijn de onderdelen in dit rapport die betrekking hebben op cliëntprofielen onvolledig en op bepaalde onderdelen niet meer actueel. Dit verandert echter niet onze constatering dat er momenteel voor proactieve zorgplanning ruimte in de bekostiging van de wijkverpleging is.

Cliëntprofielen zijn bedoeld als instrument om te sturen op passende zorg en vervangen niet de indicatiestelling met de planning van het benodigde aantal uren zorg. Ze geven inzicht in de zorgvraag van cliënten op basis van een aantal cliëntkenmerken. Proactieve zorgplanning staat niet apart benoemd in de cliëntprofielen en heeft geen invloed op het vaststellen van het cliëntprofiel. Wel is er een specifiek cliëntprofiel voor de palliatief terminale fase. De zorg in deze fase is namelijk vaak van andere aard dan reguliere wijkverpleging. Het is wenselijk om eerder dan de palliatief terminale fase te starten met proactieve zorgplanning. In de palliatief terminale fase kan wel een bijstelling van de afspraken in het kader van proactieve zorgplanning plaatsvinden.

De informatie van de cliëntprofielen moet het gesprek vergemakkelijken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Zo gaat het meer over de inhoud van de zorg voor bepaalde cliëntgroepen, in plaats van alleen over uren zorg. Het is mogelijk om met de zorgverzekeraar af te spreken om zorg niet per uur, maar bijvoorbeeld per dag, week, maand of kwartaal te declareren. Met maandtarieven is er ruimte voor een flexibele indeling van de tijd. Zo kunnen zorgaanbieders bijvoorbeeld ook inzetten op innovatie, preventie en proactieve zorgplanning. Zorgverzekeraars spreken vaker maandtarieven af met zorgaanbieders waarmee ze al een vertrouwensrelatie hebben. Dit is een wenselijke ontwikkeling in de wijkverpleging.

(Maatwerk)afspraken en beleid zorgverzekeraars

In de beleidsstukken rondom zorginkoop is er veel aandacht voor proactieve zorgplanning. Het onderwerp is ook onderdeel van de inkoopgesprekken van verschillende zorgverzekeraars.

Aandachtspunten

- Specifiek voor proactieve zorgplanning ervaren zorgaanbieders geen bekostigingsknelpunt. Wel wordt aangegeven dat binnen de bestaande bekostiging met een urendeclaratie voor geleverde verzorging en verpleging dat de met de zorgverzekeraar afgesproken tarieven als niet volledig dekkend worden ervaren. Dit in combinatie met een hoge werkdruk en schaarste zorgt ervoor dat proactieve zorgplanning niet altijd prioriteit heeft.
- Binnen de bekostiging van de wijkverpleging is de verplaatste direct contacttijd – bijvoorbeeld voor afstemming met de huisarts – expliciet onderdeel van de prestatie.
- Binnen het experiment bekostiging cliëntprofielen voor de wijkverpleging is er volgens de geconsulteerde partijen niet direct een probleem met de bekostiging van de gesprekken voor proactieve zorgplanning. Er is al een mogelijkheid om bij indicatiestelling rekening te houden met proactieve zorgplanning. Maandtarieven in combinatie met cliëntprofielen bieden ruimte om uren flexibel in te delen. Hierdoor ontstaat ruimte voor proactieve zorgplanning.
- De patiënt is soms te laat in beeld bij de wijkverpleging, omdat deze enkel bij de medisch-specialist onder behandeling is. Er moet een betere (transmurale) afstemming en overdracht plaatsvinden tussen medisch specialist, wijkverpleging en huisartsenzorg. Ook de specialist ouderengeneeskunde kan hierin een rol spelen.
- Bij een gesprek over proactieve zorgplanning draagt de huisarts de verantwoordelijkheid om reanimatie, euthanasie en wel of niet verwijzen naar het ziekenhuis te bespreken. Tegelijkertijd is proactieve zorgplanning meer dan dat. Juist door de wens van de patiënt te kennen, kunnen zorgprofessionals behandelafspraken beter begrijpen en uitvoeren. De wijkverpleging is dus van grote waarde om samen met de huisarts passende palliatieve zorg te organiseren. Het kan voorkomen dat er sprake is van rolonduidelijkheid tussen de betrokken professionals. Wie is verantwoordelijk voor wat? En wie pakt welke taken op? De inzet van proactieve zorgplanning kan bijdragen aan het ophelderen van rolonduidelijkheid. Goede (transmurale) afstemming en overdracht van het zorgplan is hierbij relevant.
- Via 'afspraken wijkgericht werken' kan de wijkverpleging afspraken maken met zorgverzekeraars over proactieve zorgplanning en over de rolverdeling van de betrokken zorgprofessionals.
- De ICT-systemen van huisartsenpraktijken en wijkverpleging kunnen niet goed met elkaar communiceren. Dat maakt de (transmurale) afstemming en overdracht moeilijker. Er zitten extra administratieve handelingen aan vast om dossiers door te sturen en over te zetten naar eigen systemen (zie het advies aan NZa en VWS in [een rapport van de IGJ](#)). Er wordt gewerkt aan

oplossingen zoals een inlog voor wijkverpleging in een zorgplatform voor samenwerking en persoonlijke gezondheidsomgevingen.

Conclusie wijkverpleging

In de wijkverpleging worden weinig knelpunten in de bekostiging ervaren, specifiek voor proactieve zorgplanning, wanneer afspraken gemaakt worden met zorgverzekeraars op basis van gedeclareerde uren. Ook bij maandtarieven in combinatie met cliëntprofielen verwachten we dat er ruimte is voor proactieve zorgplanning. Deze bekostiging biedt namelijk meer flexibiliteit om uren in te delen. We zien deze andere manier van bekostigen als een belangrijke stap om passende zorg te realiseren. In 2024 doen we meer ervaring op met het registreren van cliëntprofielen. In de komende jaren moet blijken of hierdoor meer flexibiliteit en ruimte ontstaat voor passende zorg en om proactieve zorgplanning in te zetten. We roepen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op om maandtarieven af te spreken. De flexibiliteit die hierdoor ontstaat, kunnen zij dan inzetten voor (meer) proactieve zorgplanning.

2.3.4 Kortdurende zorg

Organisatie proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is ook van belang in de kortdurende zorg. Bij kortdurende zorg gaat het om revalidatie en herstel, bijvoorbeeld na een ongeluk of operatie. Onder kortdurende zorg valt: geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp), geriatrische revalidatiezorg (grz) en eerstelijnsverblijf (elv). De bekostiging van de inzet van specialisten ouderengeneeskunde (so) en artsen verstandelijk gehandicapten (arts VG) verloopt bij proactieve zorgplanning in de eerstelijnszorg via de kortdurende zorg en valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor de start van deze verkenning hebben wij voor de kortdurende zorg geen concrete signalen ontvangen rondom bekostigingsknelpunten voor proactieve zorgplanning. Naar aanleiding van de consultatie hebben wij besloten om deze sector wel in dit rapport op te nemen.

Huidige bekostigingsmogelijkheden

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

Onder gzsp valt zorg aan huis of op locatie onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijke gehandicaptenzorg. Het gaat om zorg aan kwetsbare groepen. Dat wil zeggen: ouderen met multiproblematiek, mensen met progressieve, degeneratieve neurologische aandoeningen, mensen met niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking. Deze mensen hebben geen Wlz-indicatie en komen daar ook (nog) niet voor in aanmerking.

Zorgaanbieders kunnen de inzet van een so of arts VG voor gzsp declareren via een uurtarief. De directe tijd voor deze inzet kunnen zij direct declareren. De indirecte tijd zit verdisconteerd in de tarieven voor directe tijd. Deze prestaties zijn overgenomen van het modulair pakket thuis (mpt) uit de Wlz. Daarbij is het knelpunt van de inzet van de so bij proactieve zorgplanning vergelijkbaar met de Wlz-mpt prestatie. In de volgende paragraaf lichten we dit toe. Op dit moment herijken we de tarieven voor de gzsp zorg via een kostenonderzoek (nieuwe tarieven per 1 januari 2025).

Doorontwikkeling GZSP

Naast het kostenonderzoek zijn we van plan om de bekostiging van de gzsp door te ontwikkelen. Dat betekent dat we kritisch kijken naar de bestaande prestaties en de beschrijvingen hiervan. Ook bij de doorontwikkeling van gzsp is het belangrijk om proactieve zorgplanning een plek te geven.

Eerstelijnsverblijf (elv)

Onder elv valt tijdelijk, medisch noodzakelijk verblijf voor mensen die niet in aanmerking komen voor medisch-specialistische zorg, maar die ook niet naar huis kunnen. Ook in de laatste levensfase is eerstelijnsverblijf mogelijk. Bijvoorbeeld als thuis terminale zorg niet mogelijk is. In de kern gaat het om verblijf waarbij:

- er geen noodzaak (meer) is voor medisch-specialistische zorg;
- op korte termijn herstel te verwachten is en de patiënt weer naar huis kan;
- de patiënt een levensverwachting heeft van minder dan drie maanden (palliatief terminale zorg).

De bekostiging van elv bestaat op dit moment uit een tarief per patiënt per dag. Zorgaanbieders kunnen alle zorg die volgens behandelplan tijdens het verblijf nodig is, hiermee bekostigen. Daaronder valt ook

proactieve zorgplanning. Verder starten we in de loop van 2025 met een experiment rondom de bekostiging. In dit experiment geven we de bekostiging modulair vorm, zodat er meer ruimte komt voor maatwerk. De veronderstelling is dat vanuit de modulaire bekostiging er voldoende ruimte is voor proactieve zorgplanning. Op verzoek van beroeps- en branchepartijen blijft de elv palliatief terminale zorg (waaronder de hospicezorg) onderdeel van een integraal dagtarief waaruit zorgaanbieders alle benodigde zorg kunnen bekostigen.

Geriatrische revalidatiezorg (grz)

Geriatrische revalidatiezorg is bedoeld voor kwetsbare ouderen. Deze zorg helpt hen om terug te keren naar de thuissituatie, zodat zij zo goed mogelijk kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven. Meestal krijgen zij grz nadat zij zijn opgenomen in een ziekenhuis voor een medisch-specialistische behandeling. Bijvoorbeeld door een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Proactieve zorgplanning kan een onderdeel zijn van de geleverde zorg.

De grz wordt bekostigd op basis van de dbc-systematiek. Zorgaanbieders registreren hiervoor de diagnosetypering en het aantal verpleegdagen. Daarnaast leggen de verschillende behandelaren, waaronder de so, patiëntgebonden handelen (tijd) vast. Dit samen bepaalt welk dbc-zorgproduct gedeclareerd kan worden. Naarmate een patiënt meer verpleegdagen en/of meer (behandel)tijd nodig heeft, neemt de mate van de vergoeding ook toe. De bekostiging van de grz geeft op dit moment voldoende ruimte om, indien gewenst, proactieve zorgplanning in te zetten. Ook voor de grz start in 2025 het bekostigingsexperiment met modulaire bekostiging. Net als bij elv is hierbij de veronderstelling dat vanuit de modulaire bekostiging er voldoende ruimte is voor proactieve zorgplanning.

2.3.5 Langdurige zorg (Wlz)

Richtlijnen/protocollen

Proactieve zorgplanning is opgenomen in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Dit kwaliteitskader beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg. Proactieve zorgplanning staat hierin genoemd als verplichte kwaliteitsindicator. Daarnaast is er de handreiking proactieve zorgplanning in de langdurige zorg. Deze is gelijktijdig met de Richtlijn Proactieve Zorgplanning opgesteld. De inhoud van handreiking en richtlijn is op elkaar afgestemd.

In het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg 2023-2028 is proactieve zorgplanning niet specifiek opgenomen. Wel heeft de Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) een richtlijn opgesteld: 'Palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking'. Ook bestaat er een tijdelijke subsidie van ZonMw om proactieve zorgplanning voor mensen met een verstandelijke beperking te stimuleren. Deze subsidie komt voort uit het project 'Advance care planning in de palliatieve fase van mensen met een verstandelijke beperking'.

Het kwaliteitskader voor de langdurige geestelijke gezondheidszorg (ggz) is nog in ontwikkeling. Het is niet bekend of proactieve zorgplanning daar een onderdeel van is. De langdurige ggz kent een Toolkit proactieve palliatieve zorg. Deze ondersteunt ggz-hulpverleners bij palliatieve zorg voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) die tevens lijden aan een levensbedreigende lichamelijke ziekte. De inhoud van de Toolkit is mede gebaseerd op het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland.

Organisatie proactieve zorgplanning

De specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of huisarts voert doorgaans het gesprek over behandelwensen en -grenzen in de langdurige zorg. Ook andere centrale zorgverleners met wie de patiënt een goede relatie heeft, kunnen betrokken zijn bij proactieve zorgplanning of bij de voorbereiding van deze gesprekken met de betrokken arts.

In de langdurige ouderenzorg is proactieve zorgplanning onderdeel van de geleverde zorg. In een zorginstelling voor langdurige zorg hebben de wensen meer betrekking op de begeleiding, verpleging of verzorging dan op de behandeling. Bij de zorgverlening in de langdurige zorg is de behandeling namelijk meer gericht op comfort en minder op genezing. Bij de organisatie van proactieve zorgplanning thuis of bij verblijf zonder behandeling komen we vergelijkbare uitdagingen tegen als in de wijkverpleging. De knelpunten zitten met name in de afstemming tussen cliënt, huisarts en de betrokken zorgverleners vanuit de Wlz. De huisarts staat voor deze cliëntgroep soms te ver af om proactief aan de slag te gaan.

Proactieve zorgplanning in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is niet vanzelfsprekend. Het is vaak moeilijk om met cliënten te communiceren, er is een relatief groot aantal mensen betrokken bij de zorg en er is een handelingsverlegenheid bij professionals om over een naderende dood te spreken.

Ook in de ggz is het in veel gevallen extra complex om tijdig te herkennen dat iemand palliatieve zorg nodig heeft, en om vervolgens goede palliatieve zorg te bieden. Het gaat namelijk om een groep mensen die bijzonder kwetsbaar is. Zij hebben een langdurige psychiatrische stoornis die veelal gepaard gaat met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en/of verslaving vertonen soms zorgmijdend gedrag en/of

vinden het moeilijk om de juiste hulp te vragen. Door hun psychische klachten verwoorden zorgvragers lichamelijke klachten en symptomen soms minder goed. Ook vallen deze klachten en symptomen minder op bij zorgverleners. De Toolkit proactieve palliatieve zorg voor de ggz biedt zorgaanbieders een handreiking over hoe zij proactieve zorgplanning kunnen vormgeven binnen de langdurige ggz.

Huidige bekostigingsmogelijkheden en knelpunten

Er is een onderscheid in de bekostiging van proactieve zorgplanning in een instelling met behandeling en in een instelling zonder behandeling of zorg thuis. Dat lichten we hieronder toe.

Zorg in een instelling met behandeling (zzp inclusief behandeling)

Proactieve zorgplanning kan binnen de Wlz worden bekostigd vanuit de integrale zzp tarieven voor zorg aan cliënten die in een instelling verblijven inclusief behandeling. Er zijn bij ons geen signalen bekend van knelpunten in de bekostiging van proactieve zorgplanning binnen specifiek de integrale prestaties in de Wlz (de zzp's inclusief behandeling). In principe is proactieve zorgplanning onderdeel van de reguliere zorg binnen de Wlz – niet alleen specifiek voor patiënten in de palliatieve fase, maar breed voor alle Wlz-cliënten. Binnen de zzp inclusief behandeling voert de betrokken arts (huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten) doorgaans de regie op proactieve zorgplanning samen met de cliënt. De behandelaar legt dit vast in het cliëntendossier. Als er iets verandert in de wensen of behoeften van cliënten, past de behandelaar dit aan in het dossier. Binnen de Wlz kunnen naast de specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bijvoorbeeld ook geestelijk verzorgers, psychiaters, psychologen, begeleiders en verpleegkundigen betrokken zijn bij proactieve zorgplanning. Bekostiging van deze inzet is geborgd binnen het integrale tarief.

Zorg in een instelling zonder behandeling of zorg thuis (zzp exclusief behandeling/mpt)

De bekostiging van zorg in een instelling zonder behandeling of zorg thuis bestaat uit losse (woon)zorg- en behandelmodules. Verblijfszorg en specifieke behandeling of zorg thuis wordt bekostigd vanuit de Wlz. Voor cliënten in een instelling exclusief behandeling en voor cliënten die thuis wonen (volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb)) kunnen zorgverleners, zoals een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten, de benodigde zorginzet registreren en declareren via het mpt. Vaak is bij deze cliënten ook de huisarts betrokken. Deze cliënten ontvangen de medisch generalistische zorg onder verantwoordelijkheid van de eigen huisarts vanuit de Zvw.

Bij cliënten op een plek zonder behandeling (zzp exclusief behandeling) en thuiswonende cliënten (vpt en mpt) krijgen we signalen rondom de bekostiging van proactieve zorgplanning. De betrokkenheid van een Wlz-specifieke behandelaar is voor cliënten in de thuissituatie of kleinschalige woonvoorzieningen niet vanzelfsprekend. De huisarts heeft de regie over de zorg in de thuissituatie. Multidisciplinaire afstemming is, naast direct cliëntencontact, een belangrijke randvoorwaarde voor proactieve zorgplanning. Multidisciplinaire overleggen (met onder meer Wlz-zorgverleners, huisarts en medisch-specialistische zorg) zijn standaard onderdeel van de zorg en nemen veel tijd in beslag, maar zorgaanbieders kunnen dit niet apart declareren. Dit valt namelijk binnen de bestaande mpt-prestatie voor de inzet van bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde.

Bekostiging van intensieve palliatieve terminale zorg

Cliënten met een Wlz-indicatie die lijden aan een ziekte/aandoening en die zich in de terminale levensfase bevinden (levensverwachting minder dan drie maanden), kunnen intensieve palliatieve

terminale zorg nodig hebben. Hiervoor geldt een aparte bekostiging: het zorgzwaartepakket (zzp) VV10. Daaronder valt bijvoorbeeld extra inzet van zorg door beademing of pijnbestrijding. Deze zzp geldt ook voor cliënten in de langdurige zorg die kortdurend verblijven in een instelling in verband met een naderend overlijden (doorgaans niet langer dan drie maanden).

(Maatwerk)afspraken en beleid zorgkantoren

Binnen de ouderenzorg is er aandacht in beleid voor proactieve zorgplanning. Er zijn bij ons geen specifieke afspraken hierover bekend tussen zorgkantoren en zorgaanbieders. Als gevolg van het beleid 'langer thuis blijven wonen' en het wegvallen van de lichtere indicaties in het verpleeghuis (VV1 t/m 3) komen cliënten steeds later in een verpleeghuis, met een zwaardere zorgvraag. Er zijn hierdoor in verhouding meer cliënten met een palliatieve zorgvraag in het verpleeghuis dan voorheen.

Aandachtspunten

Inzet specialist ouderengeneeskunde

Steeds meer mensen met een complexe zorgbehoefte wonen thuis of in kleine woonvoorzieningen. Hierdoor is de expertise van specialisten ouderengeneeskunde (so) ook in die situaties steeds vaker van belang. De so is – indien nodig – ook regiebehandelaar in de thuissituatie of kleinschalige woonvorm. De complexiteit in zorgbehoefte bepaalt de inzet van de so, ongeacht waar de patiënt woont. Zij kunnen naast (mede)behandelaar ook bredere taken hebben. In kleinschalige woonvormen ontwikkelen specialisten ouderengeneeskunde bijvoorbeeld beleid op proactieve zorgplanning. Toch komt dit door de versnipperde financiering niet altijd goed van de grond. De vergoeding van de indirecte tijd van de so voor transmurale afstemming en overdracht voor het coördineren en organiseren van de zorg wordt als ontoereikend ervaren.

Tijdige inzet van proactieve zorgplanning

Ook de timing van het gesprek is een aandachtspunt. Regie in de thuissituatie is niet automatisch geborgd. Proactieve zorgplanning wordt hierdoor vaak te laat ingezet bij thuiswonende Wlz-cliënten. Het is van groot belang om tijdig met een behandelaar te kunnen spreken over de behandelwensen en -grenzen rondom het sterven.

Bij opname in een zorginstelling leggen zorgprofessionals de behandelwensen en -grenzen vast in het cliëntendossier, maar dit is eigenlijk te laat en soms te beperkt. Idealiter zou je al voordat een cliënt in een zorginstelling komt, dit al uitgebreid in kaart willen brengen. Zo kunnen cliënten, naasten en/of mantelzorgers in rustige, niet-acute omstandigheden nadenken over doelen en voorkeuren. Ook nadat een cliënt is opgenomen, moet het gesprek regelmatig worden gevoerd, evenals bij de eerste signalen van een naderende dood. Er is onderzoek gedaan naar de timing van proactieve zorgplanning. Dit is vastgelegd in de Richtlijn Proactieve Zorgplanning. Bij dementiezorg is tijdige proactieve zorgplanning en het betrekken van naasten en/of mantelzorgers van groot belang. Zorgverleners moeten deze gesprekken voeren, voordat de cliënt wilsonbekwaam wordt. Alleen op die manier kunnen zorgverleners, naasten en/of mantelzorgers bij wilsonbekwaamheid handelen in de geest van de waarden, wensen en behoeften van de patiënt.

Overige aandachtspunten

Proactieve zorgplanning lijkt in (beleid over) de langdurige ggz en gehandicaptenzorg een onderbelicht thema. Meer onderzoek hiernaar is van belang. Ook opleiding, scholing en kennis van proactieve zorgplanning in de langdurige zorg is een aandachtspunt.

Conclusie langdurige zorg

Proactieve zorgplanning is onderdeel van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en heeft ook een plek in het programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). In de langdurige zorg zit het knelpunt rondom de inzet en bekostiging van proactieve zorgplanning met name bij de thuiswonende cliënten en cliënten met een 'zorgzwaartepakket zonder behandeling'. Voor deze cliënten gelden dezelfde knelpunten die zorgaanbieders in de wijkverpleging en de huisartsenzorg eveneens ervaren. Hiervoor moet dan ook een oplossing worden gezocht. Over het algemeen bieden de integrale tarieven voor vpt en verblijf inclusief behandeling ruimte voor proactieve zorgplanning. Punt van aandacht blijft de indirecte tijd die specialisten ouderengeneeskunde besteden aan proactieve zorgplanning voor ouderen in de thuissituatie. De bekostiging van deze indirecte tijd wordt nu als ontoereikend ervaren. We verkennen het komende jaar hoe we voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie en bij verblijf zonder behandeling voldoende bekostigingsruimte kunnen creëren voor proactieve zorgplanning. Daarbij moet er ook ruimte zijn voor goede afspraken over samenwerking met andere zorgverleners rondom de cliënt en over de inzet van nieuwe manieren van (samen)werken.

3 Conclusie en vervolg



3.1 Conclusie en vervolg

In 2023 hebben wij verkend hoe proactieve zorgplanning wordt georganiseerd, gecontracteerd en bekostigd. Ook de knelpunten, oplossingsrichtingen en aandachtspunten bij proactieve zorgplanning hebben wij in kaart gebracht. Hiervoor hebben wij gesprekken gevoerd binnen de verschillende sectoren: huisartsenzorg, wijkverpleging, medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, sociaal domein en langdurige zorg. Uit deze verkenning blijkt dat elke zorgsector proactieve zorgplanning uiteenlopend organiseert, contracteert en bekostigt. Deze variatie heeft invloed op de ruimte die zorgaanbieders ervaren om proactieve zorgplanning structureel in te zetten. Over het algemeen is er al veel mogelijk binnen de bekostiging van deze sectoren, maar er zijn ook nog stappen te zetten om proactieve zorgplanning structureel te borgen in de zorg.

De zorgverzekeraars, branchepartijen, koepels en zorgaanbieders vinden proactieve zorgplanning een belangrijk onderdeel van passende zorg voor patiënten met een kwetsbare gezondheid, waaronder patiënten in de palliatieve fase. In toenemende mate is proactieve zorgplanning een regulier onderdeel van de zorg. Daardoor is er steeds vaker oog voor de wensen en behoeften van mensen in de laatste levensfase. Daarbij zien we dat proactieve zorgplanning niet alleen gaat om het gesprek met de patiënt. Ook (transmurale) afstemming en overdracht tussen verschillende hulp- en zorgverleners is essentieel om uiteindelijk de gepaste zorg te realiseren die aansluit bij de wensen en behoefte van de patiënt. Zowel IZA, WOZO als de Visie Eerstelijnszorg 2030 benadrukken het belang van proactieve zorgplanning. Wij onderstrepen dit belang vanuit onze Visie bekostiging palliatieve zorg.

In dit rapport komt naar voren dat partijen in de huisartsenzorg een onvoldoende bekostiging ervaren voor proactieve zorgplanning en de bijbehorende uitgebreide gesprekken. De afgelopen periode hebben zorgverzekeraars binnen S2 en S3 verschillende aanvullende afspraken gemaakt, waarvan proactieve zorgplanning impliciet en/of expliciet onderdeel is. Deze mogelijkheden worden in toenemende mate benut, maar nog niet op landelijke schaal. Passende structurele bekostiging is nodig voor de verankering van proactieve zorgplanning in de huisartsenzorg. Daarom zijn we voornemens om per 2027 proactieve zorgplanning in S1 in te voeren. Vanuit onze aanjagende rol gaan we op korte termijn in gesprek met zorgverzekeraars en zorgaanbieders, en monitoren we de maatwerkafspraken in S2 en S3. Daarnaast moedigen we zorgverzekeraars aan om proactieve zorgplanning actief te contracteren. Zo kunnen zorgaanbieders nu al aan de slag om dit te borgen binnen hun organisatie. Op basis van de inzichten die wij de komende tijd ophalen, willen wij gezamenlijk toewerken naar structurele bekostiging voor proactieve zorgplanning.

Ook in de bekostiging van ziekenhuiszorg ontbreekt momenteel een specifieke vergoeding voor proactieve zorgplanning. De huidige bekostiging legt voornamelijk de nadruk op diagnostiek en behandeling, en biedt geen prikkels om langere gesprekken in het kader van proactieve zorgplanning te voeren als dat nodig is. Zoals aangegeven door geconsulteerde partijen leidt dit tot bekostigingsproblemen. Daarnaast zijn er andere factoren die proactieve zorgplanning belemmeren, zoals planbaarheid, capaciteit en interne verdelingssystematiek. Een verbeterde en meer passende bekostiging voor proactieve zorgplanning kan de bredere implementatie van deze zorg bevorderen. Daarom streven we ernaar om de bekostiging per 2025 aan te passen.

Voor de wijkverpleging en de langdurige zorg komen uit deze verkenning geen grote belemmerende factoren voor de inzet van proactieve zorgplanning naar voren. Dit komt mede door het integrale karakter van de bekostiging in beide sectoren. Bij de langdurige zorg is er één punt van aandacht: de indirecte tijd van de specialist ouderengeneeskunde (so) die nodig is voor proactieve zorgplanning voor ouderen in de thuissituatie. De vergoeding van deze indirecte tijd wordt nu als ontoereikend ervaren. We

verkennen het komende jaar hoe we voldoende ruimte voor proactieve zorgplanning kunnen creëren in de bekostiging van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde voor thuiswonende cliënten en cliënten met verblijf zonder behandeling. Daarbij moet ruimte zijn voor goede afspraken over samenwerking met andere zorgverleners rondom de cliënt, en voor nieuwe manieren van (samen)werken. Ook bij de kortdurende zorg speelt het knelpunt van de inzet van de so bij proactieve zorgplanning. Per 2025 herijken we de tarieven voor de gzsp zorg. Daarnaast wordt de bekostiging doorontwikkeld. We monitoren of er na de tariefherijking en de doorontwikkeling van de gzsp voldoende ruimte is voor proactieve zorgplanning.

Om passende zorg te organiseren die aansluit bij de wensen en behoefte van de patiënt, is transmurale afstemming en overdracht tussen de betrokken zorgverleners in de verschillende sectoren essentieel. Op dit moment ervaren zorgverleners onvoldoende ruimte voor structurele, transmurale afstemming en overdracht. Geconsulteerde partijen hebben bij deze verkenning ook andere essentiële factoren aangekaart die invloed hebben op de structurele inbedding van proactieve zorgplanning: behoefte en kennis van patiënten, kennis en vaardigheden van zorgverleners, opleiding, (transmurale) samenwerking, rolverdeling, tijd, passende organisatievorm, personeelscapaciteit, digitale gegevensuitwisseling, bestuurlijk commitment en contracteerafspraken. Om proactieve zorgplanning structureel in te bedden en verder uit te rollen in de zorg, moet er aandacht zijn voor deze factoren. Het is de taak van verschillende partijen om de andere knelpunten die we in dit rapport signaleren, aan te pakken. Alleen zo is proactieve zorgplanning structureel te borgen. We moedigen iedereen dan ook aan om hun rol te pakken en deze knelpunten weg te nemen.

4 Bijlagen



Bijlage 1: lijst van geconsulteerde experts

Organisatie
ActiZ
Bernhoven ziekenhuis
CZ
Erasmus MC
FMS
Gelderse Vallei
Huisartsen Eemland
IKNL
Ineen
Jeroen Bosch ziekenhuis
LHV
Menzis
NHG
NZa
Palliatieve Zorg Zuid Gelderland
Patiëntenfederatie
PZNL
Radboud UMC
St. Antonius Ziekenhuis
UMCG
V&VN wijkverpleging
Verenso
VGZ
Zilveren Kruis
ZN
ZonMw
Zorginstituut
Zorgverzekeraars Nederland
Zuyderland ziekenhuis
ZZG Zorggroep

Bijlage 2: relevante projecten en trajecten

Trajecten binnen de NZa

Er zijn verschillende adviezen en documenten gepubliceerd, en er lopende verschillende trajecten binnen de NZa om de bekostiging door te ontwikkelen, zodat de beweging naar passende zorg beter wordt ondersteund. Een aantal hiervan raken aan proactieve zorgplanning in de palliatieve zorg.

- Visie bekostiging palliatieve zorg
- Experimenten alternatieve bekostiging palliatieve zorg
- Ontwikkeling sectoroverstijgende betaaltitel
- Doorontwikkeling van de dbc-systematiek
- Versterking organisatiegraad eerstelijns
- Cliëntprofielen in de wijkverpleging
- Advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis
- Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP)

Trajecten buiten de NZa

- Eindrapportage TrAnsmurale PAlliatieve zorg met passende bekostiging (TAPA\$)
- Experimentele zorgprestaties voor transmurale palliatieve zorg
- Verduidelijking Zorginstituut: zorg voor kwetsbare ouderen thuis in een complexe zorgsituatie
- WOZO Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen
- Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' (zie bijlage 3)

Bijlage 3: Het IZA over proactieve zorgplanning

Passages uit het IZA met betrekking tot proactieve zorgplanning
Samen beslissen is in 2025 ingebed in de gehele zorg en dus alle domeinen. Advance Care Planning is daarvan een belangrijk onderdeel.
Partijen spreken af om het voorkomen van acute zorg een prioriteit te maken in hun beleid. Dit betreft onder meer het inzetten op goede voorlichting, preventie en vroegsignalering, advance care planning, het borgen en versterken van goede samenwerking tussen eerste lijn inclusief wijkverpleging, ouderenzorg, GGZ, jeugdzorg en sociaal domein.
Wij willen werken aan een eerstelijnszorg waar patiënten en naasten samen met professionals beslissen over de juiste zorg en ondersteuning en vooruitdenken wanneer dat nodig is (Advance Care Planning).
Jaarlijks belanden er 322.000 ouderen zonder noodzaak tot medisch-specialistische opname op de SEH. In 2020 waren er ongeveer 1,7 miljoen bezoeken aan de SEH, waarvan 333.000 van 75+'ers en nog eens 407.000 van 60-74-jarigen. Om dit te verminderen is een brede aanpak nodig, met preventie, vroegsignalering, proactieve zorgplanning (Advance Care Planning) en mogelijk ander zorgaanbod.
In 2025 zijn ouderen boven de 75 zich bewust van hun ideeën over kwaliteit van leven en toekomstige wensen met betrekking tot behandelen en sterven, door proactieve zorgplanning (Advance Care Planning). Uiterlijk in 2023 maken we heldere afspraken over een kwantitatief doel.



Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 • E info@nza.nl • www.nza.nl