



Federatie
**Medisch
Specialisten**



Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

 nationaal
programma
palliatieve
zorg II



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Handreiking OZP Proactieve Zorgplanning MSZ

November 2024

Inhoud

1. Inleiding, doel en reikwijdte	3
Doel en reikwijdte	3
Waarom een nieuwe betaaltitel voor proactieve zorgplanning?	3
Opmerkingen vooraf.....	4
Disclaimer algemeen	5
Disclaimer NZa	5
2. Achtergrond, doel en verwachting meerwaarde inzet pzp-prestatie	6
3. Handvatten voor de registratie en declaratie van proactieve zorgplanning.....	8
Onderdelen pzp-zorgprestatie	8
Gesprekken registreren	9
Landelijke Richtlijn Proactieve Zorgplanning.....	10
Wanneer start proactieve zorgplanning:.....	10
Wie neemt initiatief (is proactieve zorgplanning niet de taak van de huisarts)?	10
Een of meerdere gesprekken?	10
Delen van het proactief zorgplan	11
4. Herijking, verantwoording en monitoring	12
Interne verrekening ziekenhuizen: normtijden.....	12
Verantwoording	12
Herijking tarieven	13
Monitoring	13
Bijlage 1 – wetenschappelijke artikelen over het effect van proactieve zorgplanning en goede palliatieve zorg	14
Bijlage 2 – stroomdiagram prestatie proactieve zorgplanning.....	16

1. Inleiding, doel en reikwijdte

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft met ingang van 2025 een [betaaltitel voor proactieve zorgplanning](#) in de medisch specialistische zorg ontwikkeld. Deze betaaltitel heeft als doel een belangrijke impuls te geven aan ziekenhuizen om met verdere invoering van proactieve zorgplanning (pzp) in de palliatieve fase aan de slag te gaan.

Proactieve zorgplanning is het proces van in gesprek gaan, vooruitdenken, -plannen en -organiseren van gewenste passende zorg. Dit omvat zowel de fysieke, de psychische, de sociale als de zingevingsdimensie. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is proactieve zorgplanning een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.¹

Doel en reikwijdte

De Federatie Medisch Specialist (FMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) hebben, ondersteund door Stichting Palliatieve Zorg Nederland (PZNL) en in afstemming met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deze handreiking opgesteld. Het doel van deze handreiking is:

- Het geven van achtergrondinformatie over proactieve zorgplanning (pzp);
- Een toelichting op de nieuwe pzp-prestatie;
- Handvatten voor het gebruik van de pzp-prestatie;
- Handvatten voor registratie voor zorgverleners en implementatie van de pzp-prestatie de zorginstelling;
- De manier waarop de evaluatie en verantwoording worden vormgegeven.

Deze handreiking is bedoeld voor bestuurders, beleidsadviseurs, zorgadministrateurs, zorginkopers en -verkopers en zorgverleners bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de MSZ.

De handreiking moet worden gezien als aanvulling voor de praktijkuitvoering op de officiële NZa-regelgeving.

Waarom een nieuwe betaaltitel voor proactieve zorgplanning?

Het uitvoeren van proactieve zorgplanning is een belangrijk onderdeel van goede palliatieve zorg. Op basis van onderzoek is de verwachting dat het leidt tot passende zorg, betere kwaliteit van zorg, en daarnaast tot zorgreductie en kostenbesparing in de laatste levensfase.

Het voeren van goede gesprekken met de patiënt over diens wensen en grenzen, het vastleggen van de uitkomsten van deze gesprekken in een integraal zorgplan en het delen van dit plan met andere betrokken zorgverleners vraagt inzet van zorgverleners. Het NZa-tarief is gebaseerd op

¹ Uit: [Richtlijn Proactieve Zorgplanning](#), 2023

een gemiddelde inzet van ruim 4 uur per patiënt gedurende een periode van maximaal 365 dagen.

Tabel 6: Tariefopbouw ozp 190099

Zorgverlener	Gemiddelde tijdbesteding (minuten)	Tariefopbouw (prijspeil 2025)
Medisch specialist	99	€ 327,54
Verpleegkundig specialist / PA	114	€ 134,64
Verpleegkundige	33	€ 29,87
	Overheadkosten (39%)	€ 191,90
	Integrale kostprijs	€ 683,95
	VGREV factor	1,01604
	Maximumtarief 2025	€ 694,92

De NZa schrijft in haar '[Visie bekostiging Palliatieve zorg \(2022\)](#): *De manier waarop deze zorg impliciet verwerkt is in de tarieven, dan wel aanvullende mogelijkheden in de bekostiging om hier afspraken over te maken worden niet als toereikend ervaren in het veld. In de setting van het ziekenhuis is er sprake van een perverse prikkel in de bekostiging. Onderzoek wijst namelijk uit dat vroegtijdig in gesprek gaan met de palliatieve patiënt leidt tot minder curatief behandelen en minder langdurige ziekenhuisopnames. De perverse prikkel schuilt in het feit dat (curatief) behandelen financieel meer oplevert dan een consult. Zeker wanneer dit consult meer tijd in beslag neemt dan een regulier consult, omdat het in het teken staat van proactieve zorgplanning.*

Ook in het rapport van Gupta Strategics '[De olifant de kamer uit](#)' (2024) wordt dit als voorwaarde aangegeven: 'Voor een succesvolle implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland is structurele vergoeding voor additionele palliatieve zorgverlening noodzakelijk.' Met de introductie van deze betaaltitel pzp zorgprestatie is er nu een juiste prikkel om proactieve zorgplanning in de ziekenhuizen te implementeren.

Opmerkingen vooraf

In dit document wordt regelmatig gesproken over de regiebehandelaar. Deze term komt voor de MSZ niet voor in NZa regelgeving, maar wel in de Richtlijn Proactieve Zorgplanning.

Het KNMG omschrijft het als volgt: De regiebehandelaar zorgt ervoor dat:

- De continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de cliënt wordt bewaakt en waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- Er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen bij de behandeling betrokken zorgverleners;
- Er één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling van de cliënt of diens naaste betrekking(en).

Meer informatie over de rol van de regiebehandelaar vind je [hier](#).

Voor proactieve zorgplanning wordt ook vaak de term Advanced Care Planning (ACP) gebruikt. Waar in deze handreiking over proactieve zorgplanning (pzp) wordt gesproken, kan ook Advanced Care Planning (ACP) worden gelezen.

Disclaimer algemeen

De partijen Stichting PZNL, FMS, NVZ, NFU en ZN hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van deze handreiking. Desondanks accepteren deze partijen afzonderlijk en gezamenlijk geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie. Aan deze handreiking kunnen geen rechten worden ontleend.

Disclaimer NZa

De NZa heeft met deze handreiking meegelezen. Deze handreiking is geen toetsingskader of wet- en regelgeving, maar geeft hier een nadere toelichting op. Voor de van toepassing zijnde wet- en regelgeving wordt verwezen naar de geldende NZa-regelgeving vanaf 1-1-2025. De NZa-regelgeving is altijd voorliggend.

2. Achtergrond, doel en verwachting meerwaarde inzet pzp-prestatie

Proactieve zorgplanning is een belangrijk onderdeel van de zorg voor patiënten in de palliatieve fase. Het wordt voorafgegaan door de markering (die geen onderdeel is van de prestatie pzp) en proactieve zorgplanning wordt gevolgd door de transmurale coördinatie en continuïteit van zorg. De markering van de palliatieve fase is impliciet als wordt gestart met proactieve zorgplanning. In een [processchema](#) over palliatieve zorg wordt dit proces gevisualiseerd en toegelicht. In het [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#) is vastgelegd aan welke kwaliteitseisen de palliatieve zorg in Nederland dient te voldoen.

Indien ziekenhuizen aan de slag willen met (het verder verbeteren van) proactieve zorgplanning kunnen ze voor informatie, opleidingen en hulpmiddelen terecht op [Palliaweb](#).

Voor het voeren van gesprekken in het kader van ‘samen beslissen’ met patiënten heeft de NZa vanaf 2025 de [zorgactiviteit ‘Samen beslissen’](#) geïntroduceerd. Dit is bedoeld voor het proces waarin de zorgprofessional en de patiënt samen bespreken welke behandeling of zorg het beste bij de patiënt past. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt meegenomen. Een verschil met de pzp-prestatie is dat er bij ‘Samen beslissen’ geen verplichting is van een proactief zorgplan wat met andere zorgverleners wordt gedeeld. Een zorgactiviteit ‘Samen beslissen’ kan niet tegelijkertijd met een gesprek over pzp in het kader van de pzp-prestatie worden geregistreerd.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat goede palliatieve zorg leidt tot verbeterde kwaliteit van leven en zorg, tot grotere tevredenheid over de zorg bij patiënten, naasten en hulpverleners, en tot reductie van niet-passende zorg en meer doelmatige inzet van zorgmiddelen. In bijlage 1 staat een overzicht van onderzoeken over dit thema in de Nederlandse zorgpraktijk.

De resultaten uit deze en andere onderzoeken liggen ten grondslag aan het rapport ‘[De olifant de kamer uit](#)’ (2024), waarin Gupta Strategists de potentie van proactieve transmurale palliatieve zorg en de bijdrage aan de transformatiedoelen van het Integraal Zorg Akkoord (IZA) heeft beschreven. In dit rapport wordt aangegeven dat ‘diverse onderzoeken en pilots aantonen dat de implementatie van het kwaliteitskader de kwaliteit van zorg verhoogt en potentieel niet-passende zorg voorkomt en laat zien dat landelijke realisatie kan leiden tot een aanzienlijke kwaliteitsverhoging en netto kostenbesparing in de zorgketen.’

Een belangrijke pijler van palliatieve zorg en van proactieve zorgplanning is transmurale afstemming en samenwerking door alle zorgverleners (1^e en 2^e/3^e lijn) die betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt in de palliatieve fase. Samen organiseren ze de zorg die het beste past bij de wensen, waarden en behoeften van de patiënt. Met ondersteuning van het multidisciplinaire team kan de regiebehandelaar in overleg met de patiënt en diens naasten passende zorg organiseren, zoals de gewenste plaats om te overlijden.

De contractering van deze nieuwe pzp-zorgprestatie is in principe binnen het MSZ-kader budgetneutraal. De verwachting is dat er een verschuiving van zorg plaatsvindt binnen het ziekenhuis, waarbij, door de inzet van proactieve zorgplanning, niet-passende zorg in de laatste levensfase vaker voorkomen zal worden. Dit zal dan een dempend effect hebben op het zorggebruik in de laatste levensfase. Op patiëntniveau leidt dit tot kostenbesparing. Daarmee kunnen de kosten van de ingezette pzp-trajecten worden gedekt. Ook wordt er door de juiste inzet van capaciteit ruimte gecreëerd om de groei van patiënten door de vergrijzing (voor een deel) op te vangen.

Proactieve zorgplanning wordt op dit moment op kleine schaal toegepast in de ziekenhuizen. We denken dat het aandeel in de kostprijzen nog zeer beperkt is. Inzet is dat de invoering van proactieve zorgplanning budgetneutraal verloopt door verschuiving van zorg binnen het ziekenhuis, van behandeling en opname naar gesprek, en door verschuiving naar de eerste lijn. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken hierover afspraken.

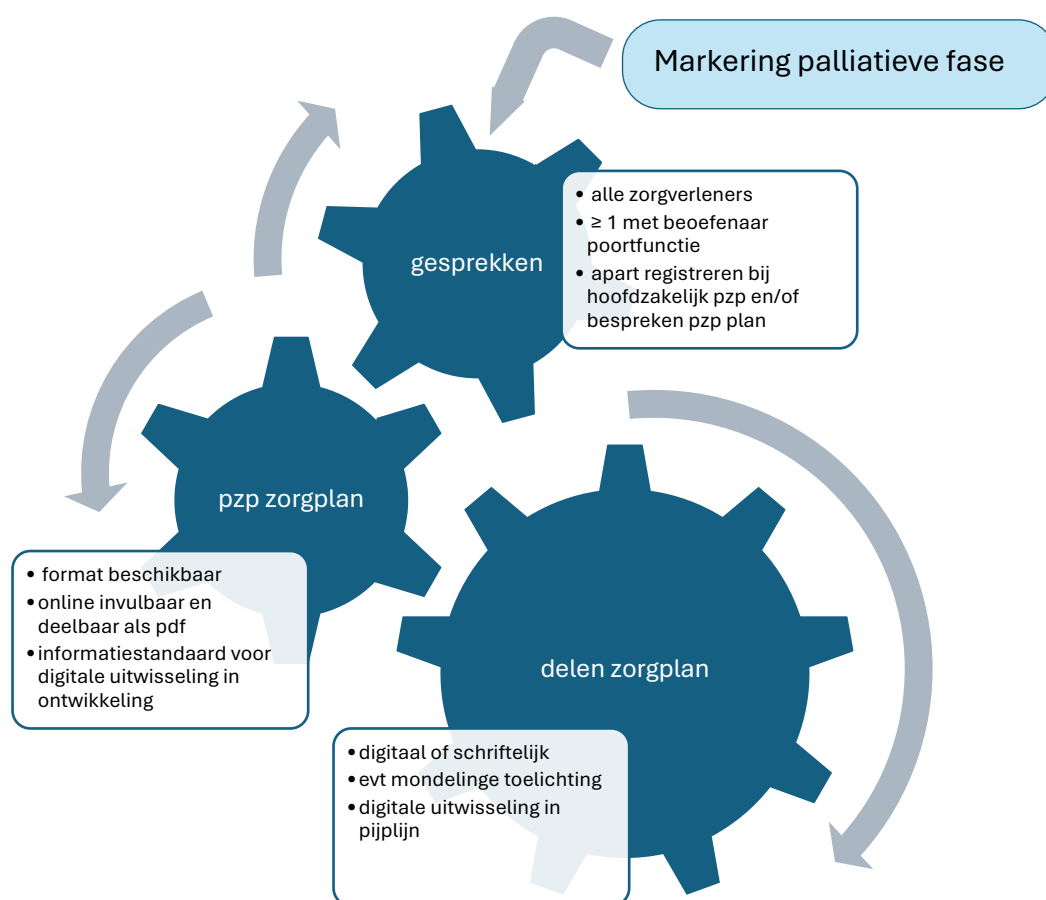
3. Handvatten voor de registratie en declaratie van proactieve zorgplanning

De NZa geeft op haar website via een [FAQ](#) antwoord op vragen naar aanleiding van de technische inhoud van de beleidsregel. Deze paragraaf is daar een aanvulling op.

Onderdelen pzp-zorgprestatie

De pzp-zorgprestatie bevat een aantal onderdelen:

1. Alle gesprekken met betrekking tot proactieve zorgplanning tussen een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt of diens vertegenwoordiger over de gewenste passende zorg en medische behandeling, doelen en voorkeuren in de palliatieve fase;
2. Het transmuraal delen van het proactief zorgplan met andere zorgverleners die betrokken zijn bij de palliatieve fase, waaronder in ieder geval de huisarts²; en
3. Het vastleggen in het medisch dossier van
 - a. de gesprekken bedoeld onder 1; en
 - b. het delen van het proactief zorgplan met andere zorgverleners, zoals bedoeld onder 2.



² Regelmatig komt het voor dat een patiënt in een verpleeghuis geen huisarts heeft. Dan is er altijd een specialist ouderengeneeskunde of een verpleeghuisarts die als huisarts fungeert.

Pas als al deze onderdelen van proactieve zorgplanning zijn uitgevoerd, kun je een declaratie indienen. Het betreft een add-on overige zorgprestatie (OZP), wat betekent dat hij als ‘toevoeging’ bij een reguliere ziektegerelateerde dbc wordt gedeclareerd.

De proactieve zorgplanning wordt uitgevoerd door of in afstemming met en onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar van de patiënt.

Gesprekken registreren

In de praktijk bestaat er variatie hoe er tot een gedeeld proactief zorgplan wordt gekomen. Feit is dat hier één of meerdere gesprekken aan vooraf gaan. Om dubbele bekostiging te voorkomen, is het voor gesprekken die hoofdzakelijk betrekking hebben op proactieve zorgplanning, niet toegestaan om daarnaast een polikliniekbezoek of consult op afstand te registreren.

Ruimte voor praktijkvariatie, flexibiliteit en vertrouwen zijn belangrijke voorwaarden om de groei van proactieve zorgplanning te faciliteren.

Ter illustratie twee praktijkvarianten met een bijbehorende registratie:

1. Voor PZP-gesprekken is een apart spreekuur ingericht. Hier worden gesprekken met zorgverleners gevoerd die hoofdzakelijk betrekking hebben op proactieve zorgplanning, met als doel te komen tot een proactief zorgplan. Voor deze gesprekken worden geen polikliniekbezoeken of consulten op afstand geregistreerd.
2. Tijdens een regulier polikliniekbezoek of consult op afstand³, wordt (extra) tijd besteed aan het opstellen van het proactief zorgplan, maar het zwaartepunt ligt op de behandeling. Hiervoor kan een regulier polikliniekbezoek of consult op afstand worden vastgelegd.

Een za (dus ook een ozp) mag pas worden vastgelegd als deze volledig is uitgevoerd, dit betekent bij proactieve zorgplanning dat dit op zijn vroegst na het delen van het plan plaats kan vinden. In de regelgeving is op dit moment niet vastgelegd welke datum bepaalt bij welke verzekeraar de declaratie van de ozp kan worden ingediend.

Met ingang van 2026 geldt dat de uitvoerdatum de datum is waarop het 1^e gesprek in het kader van de prestatie proactieve zorgplanning heeft plaatsgevonden. Het bestaande declaratievoorschrift, dat de prestatie niet eerder wordt gedeclareerd dan nadat het zorgplan transmuraal is gedeeld met de overige betrokken zorgverleners, blijft ongewijzigd van kracht. Voor de evaluatie van de pzp-prestatie en bijbehorende tarief na enkele jaren, verdient het de aanbeveling voor ziekenhuizen om inzichtelijk te houden hoeveel gesprekken gedeeltelijk en hoofdzakelijk betrekking hebben op proactieve zorgplanning.

³ Een raadpleging gericht op het vaststellen van een diagnose en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

Landelijke Richtlijn Proactieve Zorgplanning

In de [Richtlijn Proactieve Zorgplanning](#) staat beschreven aan welke kwaliteitseisen proactieve zorgplanning moet voldoen. In deze handreiking lichten we er enkele uit:

Wanneer start proactieve zorgplanning:

- *Bij het markeren van de palliatieve fase (...)*
- *Wanneer ziekte-specifieke aanbevelingen of hulpmiddelen voor het inventariseren van kwetsbaarheid aangeven dat het moment is aangebroken om proactieve zorgplanning te starten. Generieke meetinstrumenten die hiervoor kunnen worden gebruikt, zijn: de [surprise question](#), [dubbele surprise question](#), [Supportive and Palliative Care Indicators Tool \(SPICT\)](#).*
- *Zo spoedig mogelijk na het stellen van een diagnose waarbij de patiënt wilsonbekwaam kan worden of er communicatieproblemen te verwachten zijn door de aandoening. Wacht bij deze patiënten niet tot de palliatieve fase wordt gemarkeerd.*

De markering blijkt impliciet uit de verslaglegging van de gesprekken met de patiënt en de start van de proactieve zorgplanning en wordt meestal niet apart vastgelegd.

Wie neemt initiatief (is proactieve zorgplanning niet de taak van de huisarts)?

- *Zorgverleners stemmen onderling af wie het initiatief neemt tot het starten van proactieve zorgplanning. Bij voorkeur is dit iemand die een goede relatie/verstandhouding heeft met de patiënt en voldoende kennis heeft van de ziekte en behandelopties.*

Met name dat laatste kan een reden zijn om het initiatief bij de behandelend medisch specialist te leggen in plaats van bij de huisarts. Vooral wanneer er in de palliatieve fase nog ziektegerichte behandeling plaatsvindt, worden patiënten vaker in het ziekenhuis gezien, zeker bij bijvoorbeeld oncologiepatiënten.

Een of meerdere gesprekken?

- *Stimuleer de patiënt bij verandering van wensen, of als de gezondheidssituatie verandert, dit met de regiebehandelaar te bespreken.*
- *Plan een vervolgesprek als de gezondheidssituatie van de patiënt verandert, of als de patiënt of diens vertegenwoordiger erom vraagt. Vastgelegde afspraken kunnen altijd worden aangevuld of herzien.*

Uit ervaring met pzp-trajecten blijkt dat meerdere gesprekken met de patiënt, diens partner en/of naasten meestal wenselijk en nodig zijn om e.e.a. bij hen goed te kunnen laten 'landen' en een proactief zorgplan goed op te kunnen stellen en door te spreken. Door het delen van het zorgplan met alle zorgverleners wordt voorkomen dat de patiënt met meerdere zorgverleners hetzelfde gesprek moet voeren over zijn wensen en grenzen. Alleen bij wijziging van de situatie of bij verandering van zijn wensen is een vervolgesprek nodig. Het aangepaste zorgplan dient ook weer met alle zorgverleners te worden gedeeld. Indien de zorg inmiddels is overgedragen aan de huisarts, zal die het vervolgesprek voeren.

Delen van het proactief zorgplan

Er zijn geen voorwaarden aan de vormgeving van het delen van het proactief zorgplan. Het plan wordt minimaal schriftelijk/digitaal gedeeld. Op indicatie kan dit worden aangevuld met een narratief verslag van het gesprek met de patiënt of een mondelinge/telefonische toelichting. Wanneer de patiënt wordt ontslagen uit het ziekenhuis, is het gebruikelijk dat het ziekenhuis contact heeft met de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde over de palliatieve zorg in de thuissituatie.

En het staat niet in de beleidsregel, maar een proactief zorgplan wordt bij voorkeur altijd met de patiënt gedeeld. Die kan het dan zelf delen met zijn naasten.

Om het delen te faciliteren, en om te voorkomen dat een proactief zorgplan wat is opgesteld door de ene zorgverlener niet bekend is bij de andere zorgverlener, is gestandaardiseerde digitale gegevensuitwisseling een belangrijke voorwaarde.

Er bestaat een [format](#) voor het proactief zorgplan, dat breed draagvlak heeft en bij de Richtlijn Proactieve Zorgplanning is opgenomen. Het plan betreft behandelwensen, -grenzen en keuzes met betrekking tot passende behandeling en zorg, nu en in de toekomst. Op dit moment wordt gewerkt aan een landelijke informatiestandaard waardoor de informatie uit dit format digitaal tussen zorgorganisaties in 1^e en 2^e lijn kan gaan worden gedeeld. Met deze oplossing (geplande oplevering eind 2025) wordt het plan na het vaststellen samen met de patiënt digitaal beschikbaar gesteld, waarna het – indien de patiënt daarmee heeft ingestemd – toegankelijk is voor alle betrokken zorgverleners. Nieuwe versies van het proactief zorgplan voor deze patiënt worden met behulp van versiebeheer toegevoegd. [Hier](#) vind je daar meer informatie over.

Een groot aantal ziekenhuizen met een EPD in Hix (Chipsoft) hebben, in de zogeheten standaard content, al de mogelijkheid om afspraken uit pzp-gesprekken vast te leggen. Ook de ziekenhuizen met een EPD van Epic zijn over deze mogelijkheid met de leverancier in gesprek. De content uit deze epd's is in lijn met het format voor het proactief zorgplan waar nu een landelijke informatiestandaard bij wordt ontwikkeld.

Dit laat onverlet dat in afwachting van deze geautomatiseerde oplossingen ook op dit moment een proactief zorgplan kan worden opgesteld en gedeeld via de bestaande kanalen.

4. Herijking, verantwoording en monitoring

Interne verrekening ziekenhuizen: normtijden

Indien er binnen het ziekenhuis een MSB is, onderhandelt het ziekenhuis jaarlijks over het totale (maximale) financiële kader dat het MSB vanuit het ziekenhuisbudget krijgt toegekend. Dit kader is ter dekking van de kosten van de MSB en voor de (honorarium)verdeling onder de bij het MSB aangesloten vakgroepen medisch specialisten. Jaarlijks komt een nieuw bedrag tot stand dat meestal is gekoppeld aan de begrote omzet van het ziekenhuis. Dus genereert een ziekenhuis minder omzet dan begroot, dan gaat er meestal ook een lager bedrag naar het MSB en vice versa. De verwachte omzet proactieve zorgplanning wordt hierin meegenomen.

De totale vergoeding die het MSB krijgt, wordt vervolgens via een bepaalde verdeelsystematiek verdeeld over de verschillende vakgroepen (na inhouding van een vergoeding voor 'overhead' kosten). In deze verdeling spelen de zorgverlening productie (gemeten in normtijd) en andere factoren/parameters als efficiëntie/doelmatigheid van de zorgverlening (ten opzichte van dezelfde vakgroepen in andere, vergelijkbare ziekenhuizen) een belangrijke rol. De normtijden toekenning wordt gedaan door de wetenschappelijke verenigingen (zie verder).

Aan de pzp-prestatie is al een tarief gehangen, waar ook de tijdsfactor van de medisch specialist aan is gekoppeld. Wetenschappelijke verenigingen kunnen zelf een passende normtijd aan de gemiddelde tijdsbesteding aan zorgverleningsactiviteiten van de medisch specialist toekennen, wat ook voor de pzp-prestatie kan en van belang is. De FMS heeft hier inmiddels over gesproken met Logex (die het normtijdenonderhoud voor de wetenschappelijke verenigingen al jaren technisch ondersteunt) en dit zal door Logex rechtstreeks met de wetenschappelijke verenigingen worden opgepakt.

Voor medisch specialistische vakgroepen in dienstverband zijn normtijden eveneens van toepassing en ze worden in de praktijk ook wel gebruikt om een raming te maken van de benodigde formatie voor medisch specialistische vakgroepen voor het productiedeel van de zorgverlening. Ook voor hen is het dan van belang dat er een passende normtijd is toegekend aan zorgverleningsactiviteiten, zoals o.a. de pzp-prestatie.

Verantwoording

Als ziekenhuis kun je qua beheersing aantonen:

- Hoe het controleert dat aan de voorwaarden voor het declareren van de pzp-prestatie wordt voldaan:
 - Pzp-gesprekken (waarvan ≥ 1 met beoefenaar poortfunctie) hebben plaatsgevonden
 - Plan is vastgelegd en gedeeld
- Hoe wordt voorkomen dat pzp-gesprekken niet als consult worden geregistreerd. Hiervoor kan een aparte afspraakcode worden aangemaakt en gebruikt.
- Hoe wordt ervoor gezorgd dat pzp-prestatie niet eerder dan na 365 dagen opnieuw wordt gedeclareerd.

Het is aan de zorgaanbieder met de verzekeraar aan de lokale horizontaal toezicht tafel om in te schatten in hoeverre het risico bestaat op onrechtmatige declaraties, welke maatregelen daarvoor worden ingezet en of daarover verantwoord dient te worden. Dat kan (idealiter) procesgericht zijn of gegevensgericht.

Herijking tarieven

Omdat het een nieuwe prestatie betreft, en proactieve zorgplanning nog maar in een beperkt aantal ziekenhuizen in de volle breedte is geïmplementeerd, heeft de NZa het voornemen het tarief van de prestatie na enkele jaren te herijken.

Monitoring

De NZA monitort het effect van deze nieuwe betaaltitel op de inzet van proactieve zorgplanning in het ziekenhuis, in afstemming met IKNL. Dit gebeurt op basis van declaratiedata van Vektis.

Bijlage 1 – wetenschappelijke artikelen over het effect van proactieve zorgplanning en goede palliatieve zorg

Algemeen

- Pereira/Dijxhoorn: [Potentially inappropriate end of life care and healthcare costs in the last 30 days of life in regions providing integrated palliative care in the Netherlands](#) (2024)
- Burghout/Nahar-van Venrooij: [Benefits of Structured Advance Care Plan in end-of-Life Care Planning among Older Oncology Patients](#) (2023)
- Boddaert/Pereira: [Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study](#) (2020)
- Boddaert/Fransen: [Association between Inappropriate End-of-Life Cancer Care and Specialist Palliative Care: A Retrospective Observational Study in Two Acute Care Hospitals](#) (2024)

Proactieve zorgplanning in cardiologie

ESC guideline hartfalen

Symptom control and end-of-life care

While the disease trajectory of each patient with HF is unique, there is a generalizable pattern of gradual decline, punctuated by episodes of acute deterioration leading either to sudden death or death due to progressive HF. Communication about the disease trajectory and anticipatory planning should start when a patient is diagnosed with advanced HF.

A team-based approach to palliative and end-of-life care for patients with HF has been proposed. Specific models of palliative care for patients with advanced HF have been also reported. They reduce hospitalizations, without a clear effect on survival, and have some effects on QOL and symptom burden. Symptom assessment should be performed on a regular basis. In addition to clinical assessment, symptoms can be assessed using the Numeric Rating Scale, the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) or ESAS-HF, or the Integrated Palliative care Outcome Scale. Treatment for symptoms needs to be considered and might include additional intervention on top of OMT:

- **Breathlessness:** repeat doses of opioids may be considered for the relief of dyspnoea; however, their effectiveness is not demonstrated. While using opioids, all patients should be guided about opioid side effects such as constipation and nausea, urinary retention, and mental status changes. Benzodiazepines may be considered as a second- or third-line treatment, when opioids and non-pharmacological measures have failed to control breathlessness. Increasing the inspired oxygen concentration may provide relief of dyspnoea.
- **Pain:** non-pharmacologic management can be helpful. In addition, opioid, oxycodone, hydromorphone, and fentanyl are generally viewed as safe options and can be provided orally,

intravenously, and transdermally, especially in the hospital or in patient palliative care or hospice setting.

- Anxiety and depression: adequate conventional treatment should be offered.

Proactive decisions and advanced planning with regard to palliative and end-of-life care discussions should be documented, regularly reviewed, and routinely communicated to all those involved in the patient's care. Healthcare providers should make sure that patients' and carer preferences are followed, wherever possible. They should also take into account that patients may choose not to, or may not be in a position to, express preferences (e.g. due to symptoms of depression or cognitive impairment).

Literatuur Cardiologie

Eur J Heart Fail. 2020 Dec;22(12):2340-2346.

doi: 10.1002/ejhf.1783. Epub 2020 Mar 16.

The impact of palliative care on clinical and patient-centred outcomes in patients with advanced heart failure: a systematic review of randomized controlled trials (2016)

Nick Sahlolbey^{1,2}, Christopher Kai Seng Lee¹, Afraah Shirin¹, Philip Joseph^{1,2}

2016 Mar;30(3):296-302.

doi: 10.1177/0269216315618544. Epub 2015 Nov 24.

A cost-effectiveness study of person-centered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial (2015)

Klas-Göran Sahlen¹, Kurt Boman², Margareta Brännström

Bijlage 2 – stroomdiagram prestatie proactieve zorgplanning

