

Zorginkoopbeleid 2021

Inhoudsopgave

1	Algemeen	3
2	Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	9
3	Farmacie	14
4	Wijkverpleging	18
5	Geboortezorg	34
6	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	41
7	Medisch Specialistische Zorg (MSZ)	49
8	Paramedische zorg	55
9	Hulpmiddelen	66
10	Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg	72
11	Gecombineerde leefstijlinterventie	80
12	Ziekenvervoer	84
13	Zintuiglijk Gehandicaptenzorg (ZG)	86
14	Stoppen met roken (SMR)	91
15	Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen	92
	Bijlage 1 bij zorginkoopbeleid verpleging en verzorging (wijkverpleging) 2021	94
	Bijlage 2 bij zorginkoopbeleid verpleging en verzorging (wijkverpleging) 2021	96

Disclaimer

Dit zorginkoopbeleid is opgesteld met inachtneming van de thans bekende wettelijke, beleids- en financiële kaders. Eno zorgverzekeraar behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor om het zorginkoopbeleid alsmede de bijbehorende zorginkoopprocedure op enig moment aan te passen wegens gewijzigde of nog te wijzigen wet- en regelgeving (beleidswijzigingen daarbij inbegrepen) alsook gewijzigde of nog te wijzigen financiële kaders. Zij behoudt zich eveneens het recht voor om het zorginkoopbeleid verder aan te vullen en/of te verduidelijken.



1 Algemeen

Eno is een kleine zorgverzekeraar uit Deventer, met 160 jaar ervaring. De merken Salland Zorgverzekeringen, ZorgDirect en HollandZorg zijn onderdeel van Eno. Wij willen een actieve bijdrage leveren aan het duurzaam, toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg. En aan het gezond houden van onze verzekerden. Vanaf 2021 kopen we zelf zorg in. Niet alleen regionaal, maar ook nationaal. Zodat we nog meer kunnen betekenen voor al onze verzekerden. Wij zien onze kleinschaligheid als een kans om de zorg beter te maken; door een menselijke maat te hanteren en door een vertrouwde partner te zijn in het organiseren van zorg.

Met ons zorginkoopbeleid voor het jaar 2021 informeren wij u over wat u in het kader van de zorgcontractering van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder vragen. Dit inkoopbeleid ziet toe op de zorg zoals die onder de Zorgverzekeringswet valt. Wij hopen samen met u te komen tot afspraken die de verzekerde centraal stellen en die leiden tot de beste zorg, nu en in de toekomst.

1.1 Uitgangspunten voor de inkoop van zorg

Eno heeft een zorgplicht voor haar verzekerden, oftewel de verplichting om zorg te dragen dat een verzekerde zorg (of vergoeding van kosten van zorg) krijgt waar hij of zij behoefte aan heeft en waar hij of zij wettelijk gezien aanspraak op heeft. Daarbij gaat het niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg. Deze criteria vertalen wij door in onze contracten.

Daarnaast wordt van Eno verwacht dat wij ons inspannen voor het stimuleren van doelmatige zorg, en gepast gebruik van zorg. Ondanks dat uit onderzoek blijkt dat de Nederlandse gezondheidszorg tot de beste van de wereld behoort, krijgt niet iedereen precies de zorg die hij of zij nodig heeft. Patiënten worden bijvoorbeeld nog te vaak onnodig doorverwezen of krijgen onnodig dure medicijnen.

Anderzijds gebruiken patiënten de middelen die ze krijgen voorgeschreven soms onvoldoende. Ook krijgen sommige zorginnovaties nauwelijks een kans, terwijl andere al gebruikt worden voordat ze zich hebben bewezen. Ook uit de gedachte van gepast gebruik van zorg volgen criteria die wij opnemen in onze contracten.

Om richting te geven aan al deze invloeden en verplichtingen hanteren wij bij de inkoop van zorg zes uitgangspunten:

1. Kwaliteit en patiëntgerichtheid
2. Betaalbaarheid
3. Gepaste zorg
4. Substitutie & integrale zorg
5. Toegankelijkheid
6. Transparantie

Met deze uitgangspunten streven we naar een hogere patiënttevredenheid en een doeltreffender en efficiëntere zorg. Deze uitgangspunten komen terug in het zorginkoopbeleid voor de diverse zorgsoorten en ook in onze contracten.

1.2 Toekomstbestendige zorg in de regio

Het is onze missie om gepaste, betaalbare en toegankelijke zorg te kunnen blijven garanderen aan onze verzekerden, nu en in de toekomst. Dit is geen eenvoudige missie. Demografische en sociale ontwikkelingen maken dat de gezondheidszorg onder druk staat. Zo stijgen de uitgaven aan bijvoorbeeld de ouderenzorg fors, vanwege de toename van het aantal ouderen en daarmee van de prevalentie van typische ouderdomsziekten. Maar ook de technologische mogelijkheden worden steeds groter, we kunnen meer en we dóen (gelukkig) meer. Maar dit heeft ook een consequentie; de kosten van zorg groeien eveneens fors. Daarbij werkt op dit moment één op zeven mensen in de zorg. Als we de zorg blijven organiseren zoals we dat nu doen, dan werkt in 2040 één op de vier mensen in de zorg. Doorgaan op de huidige voet betekent vastlopen, zowel op financieel gebied als qua bemensing in de zorg.

De hamvraag is daarmee: 'wat is er nodig om het tij te keren?' Hoe kunnen we in de regio Salland anticiperen op deze ontwikkelingen zodat onze verzekerden, ook in de toekomst, gepaste, betaalbare en toegankelijke zorg kunnen blijven ontvangen. Het antwoord op deze vraag is niet eenduidig. Er is geen vastomlijnd stappenplan voor toekomstbestendige zorg. Maar dat de we voor een grote uitdaging staan is duidelijk. Er is een transitie nodig in de zorg.

Dit blijkt eveneens uit de recente rapporten rondom de Juiste Zorg op de Juiste Plek, waarbij een kritisch beeld wordt geschetst van de huidige gezondheidszorg. We lijden collectief (dus ook de patiënt) aan een medicaliserings- en hospitaliseringssyndroom. Dit terwijl niet op elke behoefte van mensen een medisch antwoord past en de beste zorg niet per definitie wordt gegeven met medicijnen of in het ziekenhuis. We moeten met elkaar de komende jaren een beweging realiseren om zorg te voorkomen (of dure zorg te voorkomen), om zorg te verplaatsen dichterbij de thuissituatie en om zorg te vervangen door andere vormen van zorg, zoals e-health. Daarbij gelooft Eno dat het individu centraal moet staan. Niet de ziekte, niet de wettelijke kaders waaruit het betaald wordt, niet wat we medisch allemaal zouden kunnen doen. Het vertrekpunt is om in de context van ziekte zo goed mogelijk te functioneren. Het gaat om het bevorderen, het behoud of het herstel van functioneren in de brede zin van het woord. De focus verschuift van zorg naar gezondheid en gedrag. Daar komt bij dat we de zorg zo moeten organiseren dat de verzekerde geen schotten in financiering of tussen domeinen ervaart. Het gaat om integrale- en domeinoverstijgende zorg.

1.2.1 De basis op orde en zorgvernieuwing

Eno staat voor een toekomstbestendige zorg, waarbij de basisvoorzieningen nu en in de toekomst op orde zijn. We borgen dat de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in onze regio goed geregeld is en sluiten aan bij het regionaal overleg acute zorg (ROAZ) Zwolle. Daarnaast zorgen we ervoor dat zorg over de grenzen van zorgwetten heen geborgd is. Dit doen we door samen te werken met het regionale zorgkantoor en de verschillende gemeenten. Op deze manier zorgen we ervoor dat zorg (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz) en Jeugdwet) en ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)) goed op elkaar aansluiten.

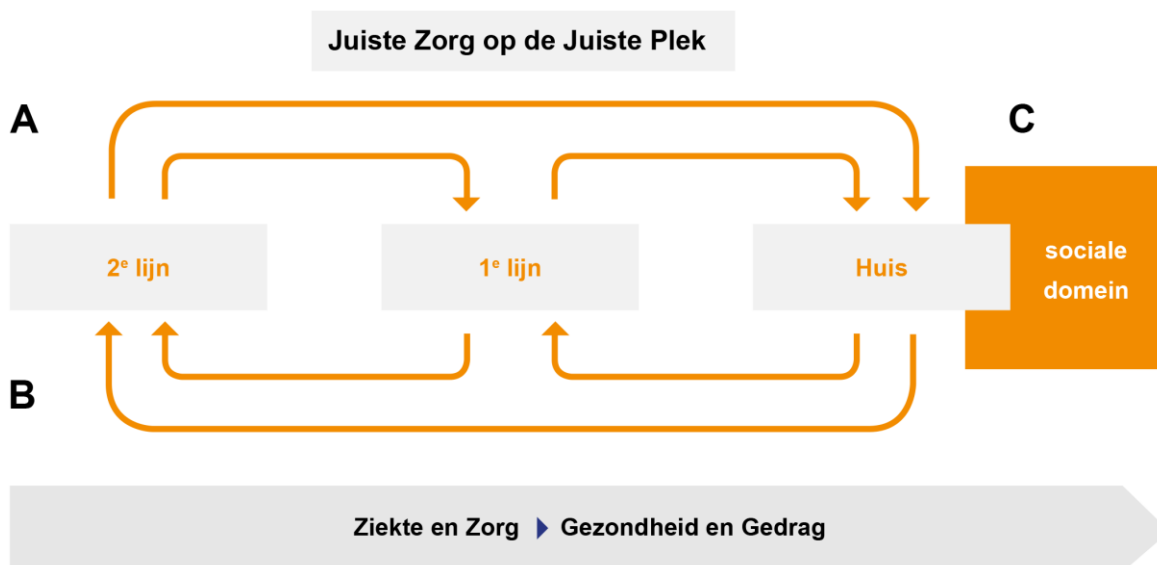
In de hoofdlijnenakkoorden is vastgelegd dat partijen een feitelijk beeld maken van de sociale situatie en de gezondheidssituatie, en de opgave in de regio. Eno neemt het initiatief om dit, samen met stakeholders uit de regio, in beeld te brengen. Dit feitelijke beeld van de regio maakt de knelpunten en de opgave in de regio inzichtelijk¹. Samen met u als zorgverlener, maar ook met de gemeenten in de regio wil Eno de noodzakelijke verandering in de zorg realiseren. Eno is een kleine regionale verzekeraar wat maakt dat wij maatwerk kunnen bieden. Wij kennen de gemeenten en zorgaanbieders persoonlijk. We weten wat er speelt in de wijken en instellingen. We staan dicht bij onze verzekerden. Daar zijn wij trots op. Eno wil in goed overleg met gemeenten en zorgverleners in de regio de knelpunten oppakken, en op zoek gaan naar praktische oplossingen. De zorg is ingewikkeld georganiseerd en er zijn veel partijen bij betrokken. Om de zorg in de regio verder te verbeteren is samenwerking meer dan ook noodzakelijk. Eno blijft daarom actief de samenwerking in de regio zoeken, met als doel het behoud van goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor haar verzekerden, nu en in de toekomst.

1.3 Innovatie van zorg

Innovatie in de zorg moet bijdragen aan het oplossen van problemen en knelpunten. En zoals hiervoor te lezen zijn hier voldoende uitdagingen te formuleren. Doorgaan op de huidige voet betekent dan ook vastlopen, zowel op financieel gebied als qua bemensing in de zorg. Sinds enige tijd wordt hier nadruk op gelegd vanuit de beweging 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'. De essentie van de Juiste Zorg op de Juiste Plek is het *voorkomen*-, het *verplaatsen*- en het *vervangen* van zorg. Daartoe bevat het drie elementen:

- A. Substitutie van zorg in de tweede lijn naar de eerste lijn, van de eerste lijn naar huis en van de tweede lijn naar huis;
- B. Minder verwijzingen van huis naar de eerste lijn en naar de tweede lijn;
- C. Meer zorg en hulp thuis, meer eigen regie, in nauwe samenwerking met het sociale domein, ondersteund door e-health en domotica en persoonsgebonden dossiervorming.

¹ Eno voelt zich verantwoordelijk voor, en is aanspreekbaar op, de toegankelijkheid, kwaliteit en noodzakelijke vernieuwing van het zorglandschap in de regio Midden IJssel.



Figuur: Juiste Zorg op de Juiste Plek-schema, naar KPMG

Het vertrekpunt voor de Juiste Zorg op de Juiste Plek is de mogelijkheid voor mensen om in de context van ziekte zo goed mogelijk te functioneren. Het gaat om het bevorderen, het behoud of het herstel van functioneren in de brede zin van het woord. De zorg komt in dienst te staan van dit functioneren en stelt mensen in staat zo lang en zo goed mogelijk zelfstandig te functioneren in hun eigen leefomgeving. Om het doel van de Juiste Zorg op de Juiste Plek te bereiken, moet er een transitie in de zorg plaatsvinden met de volgende uitgangspunten:

- Zorg gaat uit van het functioneren van mensen en hun omgeving;
- Er is aandacht voor gezondheid, gedrag, preventie en tijdige signalering van ziekte;
- Er is toegankelijke ondersteuning en zorg voor iedereen;
- De zorg is passend en effectief (conform richtlijnen) en sluit aan bij leerervaringen en context;
- Zorg en ondersteuning leiden tot goede uitkomsten in termen van ervaren kwaliteit van leven;
- Dit alles vindt plaats tegen betaalbare maatschappelijke kosten.

Bovenstaande uitgangspunten vormen voor Eno het kader om innovatieve zorg- en projectvoorstellen te beoordelen. Heeft u als zorgaanbieder een innovatievoorstel dat bijdraagt aan de Juiste Zorg op de Juiste Plek? Stuur dit dan naar contractbeheer@eno.nl. Geef daarbij kort aan wat het doel en de omvang van het project is en welke concrete resultaten worden verwacht. Wij nemen vervolgens contact met u op over de verdere procedure.

1.4 Het betrekken van onze leden en verzekerden

Eno is een coöperatie met haar ledenraad als hoogste orgaan. We willen er dan ook voor zorgen dat de inkoop van zorg aansluit bij wat onze leden belangrijk vinden. Jaarlijks bespreken we dit daarom met de ledenraad. Dat doen we in ieder geval op ledenraadvergaderingen en wanneer gewenst ook daarbuiten, bijvoorbeeld door met een afvaardiging van de ledenraad uitgebreider over zorginkoop in gesprek te gaan.

Daarnaast hebben wij natuurlijk op diverse manieren dagelijks contact met onze verzekerden. Zowel vanuit de klantenservice als de klachtencommissie ontvangen wij waardevolle informatie voor de inkoop van zorg. Daarbij

gebruiken we eveneens inzichten vanuit diverse onderzoeken verricht door bijvoorbeeld patiëntenorganisaties of consumentenorganisaties om de stem van de verzekerde te concretiseren in de wijze waarop wij de zorg inkopen.

1.5 Vermindering regeldruk

Eno sluit zich aan bij de landelijke inspanningen om te komen tot administratieve lastenverlichting voor zorgaanbieders, zoals ook benoemd wordt in de huidige Hoofdlijnenakkoorden. Administratieve processen zijn onlosmakelijk verbonden met het leveren en verantwoorden van zorg. Aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders de gezamenlijke taak om de bijkomende administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken. Eno staat open voor innovatieve afspraken van aanbieders die bijdragen tot de vermindering van regeldruk. Daar waar zorgaanbieders met andere verzekeraars en / of marktleiders experimenten afspreken, besluit Eno zelfstandig om volgebeleid wel of niet toe te passen.

1.6 Praktische zaken

1.6.1 Contracteerbeleid

Wij sluiten overeenkomsten met zorgverleners om te waarborgen dat zij voldoen aan de basis kwaliteitseisen én er op letten dat hun zorg kosteneffectief is. Ook de andere thema's uit ons inkoopbeleid zijn (wanneer relevant) terug te vinden in onze contracten.

Met het contracteren van zorg geven wij invulling aan onze zorgplicht. We streven daarbij naar een hoge contracteergraad. Omdat het niet altijd mogelijk is om met iedere zorgverlener individueel te overleggen over het contract werkt de Eno met standaardcontracten. Deze zijn in de meeste gevallen besproken met vertegenwoordigers vanuit de beroepsgroep.

1.6.2 Nieuwe aanbieders

Heeft u op dit moment geen contract met Eno (rechtstreeks of via de VRZ) en wilt u dit wel voor 2021? Dan vragen wij u in het algemeen om dit voor 1 juni 2020 aan ons bekend te maken via Contractbeheer@eno.nl. Op deze wijze kunnen wij u meenemen in de procedure van contracteren. Het kan zijn dat er voor een aantal zorgsoort een andere datum of procedure geldt. Hiervoor verwijzen we u naar de respectievelijke hoofdstukken.

1.6.3 Kwaliteit en doelmatigheid

De door ons opgestelde normenkaders in het kader van gepast gebruik krijgen een plaats in de zorgovereenkomsten. Met tariefdifferentiatie en bepalingen in de overeenkomst (inclusief Algemene Inkoopvoorwaarden) leggen we heldere afspraken over kwaliteit en doelmatigheid vast. U vindt de kwaliteitseisen per zorgsoort verderop in dit document. De systematiek van tariefdifferentiatie handhaven we in ieder geval voor een aantal zorgsoorten om inkoopbeleidsdoelstellingen te bevorderen.

1.6.4 Contractduur

In veel situaties is er sprake van eenjarige overeenkomsten, hoewel wij zeker in gesprek willen gaan over meerjarige contracten. In dat geval moet er aantoonbare meerwaarde zijn voor beide partijen. U kunt de criteria voor meerjarige contracten vinden in de respectievelijke hoofdstukken per zorgsoort.

1.6.5 Planning

Wij streven naar de tijdige aanbidding van de overeenkomst, zodat u ruim voldoende gelegenheid heeft de voorwaarden voor de overeenkomst in overweging te nemen en wij tijdig aan verzekerden inzichtelijk kunnen maken welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd in 2021. Eno hanteert in het algemeen de volgende planning voor het inkoopproces.

Indien er afwijkende data gelden, vindt u deze informatie bij de beschrijving van het inkoopbeleid van de diverse zorgsoorten.

Fase	Datum
Publicatie inkoopbeleid 2020 alle zorgsoorten op www.eno.nl	1 april 2020
Sluitingstermijn voor nieuwe aanbieders om zich kenbaar te maken	1 juni 2020
Uiterlijk publicatie aanvullend inkoopbeleid per zorgsoort (indien van toepassing)	1 juli 2020
Voeren van inkoopgesprekken (indien van toepassing)	Juli - september
Uiterlijk aanbidding van de overeenkomst 2021. De zorgaanbieder heeft 6 weken de tijd om deze te bestuderen en te ondertekenen. Daarna vervalt ons aanbod.	20 september 2020
Uiterlijk retourontvangst getekende overeenkomst van zorgaanbieder.	1 november 2020
Zorgaanbieders hebben na ontvangst van het aanbod minimaal 6 weken de tijd de getekende overeenkomst te retourneren. Daarna vervalt ons aanbod.	
Publicatie gecontracteerd aanbod op de diverse websites van de zorgverzekeringsmerken van Eno via de 'Zorgzoeker'.	12 november 2020
Administratieve verwerking van de afspraken	31 december 2020

1.6.6 Contact met ons

Heeft u vragen of wilt u gegevens wijzigen? Neemt u dan contact op met onze afdeling Contractbeheer, via contractbeheer@eno.nl of telefonisch via (0570) 68 74 65. Voor algemene informatie over declaratieverwerkingen kunt u per e-mail contact opnemen via declaratie@eno.nl of telefonisch via (0570) 68 74 46.

2 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Met het zorginkoopbeleid Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021 informeren wij u over de uitgangspunten die we hanteren bij de inkoop van Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

Eno is met huisartsen en het regionale samenwerkingsverband in de kernregio voor 2019-2021 een driejarige zorgovereenkomst aangegaan. Het zorginkoopbeleid 2021 is een voortzetting van het zorginkoopbeleid van 2019 en 2020.

2.1 Uitgangspunten inkoop 2021

Huisartsen hebben een centrale positie in de eerstelijnszorg. De huisartsenzorg in ons land is goed. Waar mogelijk wil Eno bijdragen om de zorg nog beter te maken. Daarnaast zet Eno zich in om toegankelijke en passende zorg zo dicht mogelijk bij onze verzekerden beschikbaar te stellen. Wij vinden de huisarts als sterke poortwachter in de zorg van groot belang om deze doelstellingen de komende jaren samen met ons te realiseren. Daarnaast draagt de huisarts door zijn centrale rol in de zorg medeverantwoordelijkheid om de zorgkosten van onze verzekerden te beheersen.

Hierbij is het uitgangspunt dat onze verzekerden de regie voeren over hun eigen leven, gezondheid en zorg. Niet de ziekte of aandoening van onze verzekerde staat centraal, maar iemands mogelijkheden, ervaren gezondheid en eigen wensen voor de te behalen kwaliteit van leven. Zelfmanagement neemt daarbij een belangrijke plaats in en wij zien voor de huisarts een belangrijke rol weggelegd om onze verzekerden hierbij te helpen en te faciliteren. Niet op elke behoefte van mensen past een medisch antwoord en de beste zorg bestaat niet per definitie uit het voorschrijven van een medicijn of een doorverwijzing naar het ziekenhuis.

Het zorgbeleid in ons land is er de afgelopen jaren steeds meer op gericht om de zorg zo dicht mogelijk in de buurt van mensen te organiseren, zodat mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen functioneren. Hierdoor wonen meer kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag en meer mensen met GGZ-problematiek thuis. Ook zal de zorgvraag de komende jaren flink blijven groeien door toenemende vergrijzing en een toename van het aantal mensen met een chronische aandoening. Eno realiseert zich dat hiermee ook de zorgvraag die op de huisarts afkomt, toeneemt. Om deze mensen optimaal te bedienen, zijn meer disciplines nodig en wordt multidisciplinair samenwerken steeds noodzakelijker. Daarom zet Eno in op multidisciplinaire samenwerking rondom ouderen en chronisch zieken. Om op al deze ontwikkelingen in te kunnen spelen, de daadwerkelijke behoeften van onze verzekerden centraal te kunnen stellen en de juiste invulling te kunnen geven aan de gewenste transitie Juiste Zorg op de Juiste Plek, is het noodzakelijk dat u voldoende tijd voor en met de patiënt heeft.

Eerstelijnszorg moet zorg zijn van hoge kwaliteit, die dicht bij onze verzekerden wordt georganiseerd en laagdrempelig en toegankelijk is. Goed ingerichte eerstelijnszorg kan in een groot deel van de zorgbehoefte van onze verzekerden voorzien en daarmee de aanspraak op duurdere tweedelijnszorg beperken. Daarom vinden wij het van belang dat de eerstelijns zich samen met ons verder ontwikkelt en versterkt om meer van de toenemende zorgvraag op te vangen, een effectievere rol te spelen in de kwaliteit van de geleverde zorg, onze verzekerden thuis of in de wijk te bedienen van de meest passende zorg en de zorgkosten te beheersen. Een brede, goed functionerende samenwerking in de wijk, dicht bij onze verzekerden, is hierbij essentieel. Deze samenwerking strekt zich niet enkel uit binnen het medische domein, maar ook voor een belangrijk deel tussen zorg- en welzijnsdomein. Naast samenwerking op wijkniveau is ook samenwerking op regionaal niveau van groot belang om ondersteunende taken voor huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders te organiseren, die op wijkniveau niet efficiënt kunnen worden uitgevoerd.

Eno vindt dat huisartsenzorg zo doelmatig mogelijk moet worden ingezet en dat u vooral moet doen waar u goed in bent: het bieden van zorg. Daarom zien wij een belangrijke rol weggelegd voor praktijkondersteuning en streven wij ernaar om de administratieve lasten zo veel mogelijk te beperken. Door taakdelegatie en de mogelijkheid om ondersteunend personeel in te zetten, neemt de mogelijkheid toe om u meer bezig te houden met het bieden van de beste zorg aan onze verzekerden.

2.2 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

In ons streven naar zorg die voor al onze verzekerden toegankelijk en beschikbaar is, contracteren wij voldoende huisartspraktijken, gezondheidscentra en regionale samenwerkingsverbanden die aan de door ons gestelde (minimale) kwaliteitscriteria voldoen. Wanneer u voldoet aan onderstaande eisen, komt u in aanmerking voor een overeenkomst:

- Uw praktijk is gevestigd in Nederland, in het kerngebied van Eno;
- U bent BIG-geregistreerd;
- U voldoet aan de geldende kwaliteitseisen van uw beroepsgroep voor bij-en nascholing;
- Uw praktijk voldoet aan de geldende richtlijnen voor praktijkuitrusting;
- Uw praktijk voldoet aan de geldende richtlijnen voor bereikbaarheid en waarneming;
- U beschikt over een klachtenregeling;
- U declareert elektronisch via VECOZO.

In afwijking van het algemene deel van ons zorginkoopbeleid (zie hoofdstuk 1) kunnen nieuwe toetreders te allen tijde onder vermelding van de AGB-code een overeenkomst voor 2021 aanvragen. Onder nieuwe toetreders verstaan wij zorgaanbieders die nooit eerder, of meer dan één jaar geleden voor het laatst een zorgovereenkomst met Eno hebben gesloten of aangeboden hebben gekregen, en voldoen aan de gestelde minimale eisen.

2.3 Inkoop en contractvormen

Eno sluit als preferente zorgverzekeraar voor al haar zorgverzekeringsmerken overeenkomsten met huisartsen en samenwerkingsverbanden in de regio Salland, en meer specifiek de regio Deventer en omstreken. Tot dit historische werkgebied horen ook de gemeenten van Lochem, Olst-Wijhe, Raalte, Rijssen-Holt en Voorst. Buiten ons kerngebied, waar wij niet de preferente zorgverzekeraar zijn, volgen wij in principe de afspraken die de preferente verzekeraars in de desbetreffende regio's met zorgaanbieders aldaar maken. Eno is met huisartsen en het regionale samenwerkingsverband in haar kernregio voor 2019-2021 een driejarige zorgovereenkomst aangegaan. Het zorginkoopbeleid 2021 is daarom een voortzetting van het zorginkoopbeleid van 2020.

2.3.1 Multidisciplinaire zorg

Naast de basishuisartsenzorg contracteert Eno multidisciplinaire eerstelijnszorg, waarbij naast de zorg door huisartsen ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling dicht bij huis te leveren. Deze zorg betreft ketenzorgprogramma's in het kader van Diabetes Mellitus type 2, astma/COPD en vasculair risicomanagement (VRM). Evenals in voorgaande jaren, koopt Eno voor 2021 de multidisciplinaire zorg integraal in bij het regionale samenwerkingsverband. Voor de komende jaren stimuleren wij een brede, goed georganiseerde multidisciplinaire samenwerking in de wijk. Eno kijkt daarbij de komende tijd kritisch naar de verhouding tussen zorg- en organisatiekosten van de ketenzorgprogramma's en bekijkt of de ketenzorg op een andere wijze bekostigd kan worden. Hierbij wordt gestreefd naar transparante afspraken over de financiering van de organisatie en infrastructuur behorende bij de ketenzorgprogramma's.

2.3.2 Organisatie en Infrastructuur (O&I)

Wij streven naar een goed functionerende, toekomstbestendige eerstelijns, die in staat is om de toenemende zorgvraag op te vangen, een effectievere rol te spelen in de kwaliteit van de geleverde zorg en de zorgkosten te beheersen. Hierbij staan we de komende jaren voor de uitdaging om samen met het regionale samenwerkingsverband in onze kernregio invulling te geven aan een adequate versterking van de organisatie en de infrastructuur van de eerste lijn. Wij hebben de ambitie om onze verzekerden de regie te laten voeren over hun eigen leven, gezondheid en zorg. Hierbij moet niet alleen de ziekte of aandoening van onze verzekerden centraal staan, maar vooral iemands mogelijkheden, ervaren gezondheid en eigen wensen voor de te behalen kwaliteit van leven. Zelfmanagement neemt daarbij een belangrijke plaats in en onze verzekerden moeten hierbij worden geholpen en gefaciliteerd. In het kader van de O&I-bekostiging is gebleken dat er knelpunten op het gebied van privacy een rol spelen. Landelijk vindt nog overleg plaats om te bekijken hoe deze nieuwe vorm van bekostiging het beste vorm gegeven kan worden.

2.3.3 Ondersteunend personeel

Eno ziet een belangrijke rol weggelegd voor praktijkondersteuning. Wij willen u helpen om u te ontlasten van indirecte, niet patiëntgebonden taken. Daarnaast willen wij u stimuleren om u meer bezig te houden met zorg en zorgvernieuwing, het realiseren van samenwerking, herinrichten van het zorgveld en het borgen van continuïteit van huisartsenzorg met een goede kwaliteit, voor nu en in de toekomst. Daarom biedt Eno huisartsenpraktijken een vergoeding voor de inzet van een praktijkmanager. Daarnaast zal er ook mogelijkheid zijn voor de financiering van praktijkondersteuners somatiek en GGZ, die zich richten op zorginhoudelijke ondersteuning, zodat u meer tijd aan en met uw patiënten kan besteden of zich meer toe kunt leggen op complexere problematiek.

2.3.4 Meer tijd voor de patiënt

Om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen, de daadwerkelijke behoeften van onze verzekerden centraal te kunnen stellen en de juiste invulling te kunnen geven aan de gewenste transitie de Juiste Zorg op de Juiste Plek, is het noodzakelijk dat er voldoende tijd is voor en met de patiënt. Daarom biedt Eno in een pilot een extra vergoeding voor de inzet van een waarnemer of een physician assistant (PA). De extra capaciteit die beschikbaar komt, kan worden ingezet om op verschillende manieren meer tijd aan uw patiënten te besteden. Het komende jaar worden de resultaten hiervan bekend, waarna bekeken wordt of en in welke vorm deze investeringen opgeschaald worden.

2.3.5 Kwaliteit en zorgvernieuwing

Eno heeft al geruime tijd afspraken met het lokale regionale samenwerkingsverband over verbetering van de huisartsenzorg in de regio in de breedste zin van het woord. De focus voor komend jaar komt te liggen op behoud van kwaliteit van zorg en verdere professionalisering, waarbij de accreditatie ondersteunend is aan het praktijkbeleid, met een minimum aan administratieve belasting.

Naast deze professionele ontwikkeling ziet Eno in samenwerking met haar lokale regionale samenwerkingsverband de volgende speerpunten om praktijken de komende jaren te ondersteunen bij ontwikkeling en zorgvernieuwing:

1. Digitale ondersteuning van praktijken:
 - DokterDichtbij-app;
 - E-health (bijvoorbeeld ter ondersteuning van mantelzorg of ter ondersteuning bij gedrags- en/of leefstijlverandering);
2. Diagnostiek;
3. Meekijkconsult;
4. Samenwerking met ketenpartners (bijvoorbeeld gemeente, sociale wijkteams);
5. Meten patiëntervaring.

2.3.6 Zorg voor kwetsbare ouderen

Eno faciliteert huisartsen om een coördinerende rol in de multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek te vervullen. De coördinerende rol wordt uitgevoerd vanuit het realiseren van signalering en afgestemde en gecoördineerde behandeling op de gebieden functionaliteit, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen met complexe problematiek.

2.3.7 Huisartsenposten

De laatste jaren zijn er in ons land de nodige signalen over de toegenomen en te grote werkdruk op de huisartsenposten. Enerzijds door krapte op de arbeidsmarkt en anderzijds door een toename van het aantal (langere) consulten. Mensen gebruiken de huisartsenpost steeds vaker als alternatief voor niet-acute zorgvragen op tijden dat het hen beter uitkomt, het aantal mensen met complexe zorgvragen neemt toe en de huisarts is overdag niet altijd bereikbaar. De komende jaren bekijkt Eno samen met de regionale huisartsenposten of er verbeteringen mogelijk zijn in de organisatie van de acute zorgketen in het algemeen en van de huisartsenposten in het bijzonder. Specifieke aandacht hebben samenwerking en afspraken met de reguliere huisartsenzorg in de dagpraktijken over in-, door- en uitstroom voor onze verzekerden met een acute zorgvraag en de mogelijkheden voor de inzet van ondersteunende ICT. Dit heeft zich onder meer vertaald in de ontwikkeling van de app DokterDichtbij, waarmee op elk moment van de dag mogelijkheid is om contact met de huisarts of spoedpost op te nemen. Daarnaast geeft de app mogelijkheid om te kijken of het noodzakelijk is om contact met huisarts of spoedpost op te nemen, om medische vragen te stellen via een e-consult, om informatie op te zoeken en om herhaalmedicatie aan te vragen. Daarnaast stimuleert Eno een avondspreekuur in de dagpraktijk om de toegankelijkheid tot niet acute zorg te vergroten en de drukte op de huisartsenpost te beperken.

2.3.8 OPEN

Vanaf 1 juli 2020 zijn zorgaanbieders wettelijk verplicht om elektronisch inzage te bieden aan patiënten (Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg). In het bestuurlijk akkoord Huisartsenzorg 2019 t/m 2022 is afgesproken dat partijen gezamenlijk uitvoering geven aan het programma OPEN (online patiënteninzage in de eerstelijnszorg). OPEN is een meerjarig programma voor het ontsluiten van patiëntgegevens. Het doel van OPEN is dat huisartsen en andere zorgverleners uit de georganiseerde eerstelijnszorg aan hun patiënten veilig, betrouwbaar en zonder kosten, digitaal en gestandaardiseerd toegang kunnen verlenen tot de eigen gezondheidsgegevens. Inzicht in de eigen medische gegevens kan patiënten helpen in hun omgang met de eigen gezondheid. OPEN is gericht op aanpassingen van ICT, het bieden van praktische ondersteuning en deskundigheidsbevordering aan zorgverleners in de eerstelijnszorg over digitale informatie-uitwisseling, maar vooral op het ondersteunen van het gesprek daarover tussen huisarts en patiënt.

Huisartsen hebben recht op een eenmalige vergoeding voor de extra tijd en inspanning om zorg te dragen voor een online patiëntinzage in de medische gegevens die de huisarts bijhoudt.

2.4 Wijzigingen ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020

Eno is met huisartsen en het regionale samenwerkingsverband in haar kernregio voor 2019-2021 een driejarige zorgovereenkomst aangegaan. Het zorginkoopbeleid 2021 is een voortzetting van het zorginkoopbeleid van 2019 en 2020. In dit zorginkoopbeleid Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021 zijn de volgende wijzigingen aangebracht ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020:

1. De uitwerking van OPEN is geconcretiseerd; huisartsen hebben in de periode 2020-2022 recht op een eenmalige vergoeding voor de extra tijd en inspanning om zorg te dragen voor een online patiëntinzage in de medische gegevens van patiënten.

3 Farmacie

3.1 Uitgangspunten inkoop 2021

Met het zorginkoopbeleid Farmacie 2021 informeren wij u over onze uitgangspunten bij de inkoop van Farmacie, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

Het zorginkoopbeleid Farmacie 2021 beslaat de geleverde extramurale farmaceutische zorg door apotheehoudenden aan verzekerden van Eno.

3.1.1 Landelijke inkoop

Eno contracteert apotheken, in tegenstelling tot voorgaande jaren, bij voorkeur via de landelijke vertegenwoordigers (zoals ketens en collectieven). Hiermee verminderen we de administratieve lasten voor individuele apotheken. Daarbij streeft Eno naar een efficiëntere wijze om tot afspraken te komen met een marktconform prijsniveau vanuit het oogpunt van betaalbaarheid.

Ook wil Eno minder versnippering van projecten, waardoor de zorg effectiever georganiseerd wordt. Hierbij houdt Eno zoveel mogelijk rekening met de regionale dynamiek en de relatie tot het leveren van (geïntegreerde) zorg en samenwerking met de andere zorgverleners.

3.1.2 Farmaceutische spoedzorg

Alle zorgverzekeraars kopen gezamenlijk de spoedeisende farmaceutische zorg in. Vanaf 2021 koopt Eno deze zorg in conform de 'Handreiking inkoop acute farmaceutische zorg', die inmiddels landelijk is vastgesteld.

De openbare apotheek garandeert de beschikbare farmaceutische zorg- en dienstwaarneming buiten de reguliere openingstijden, zoals vermeld in de vigerende NZa beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg. Hiervoor maakt de openbare apotheek schriftelijke afspraken met de apotheek met een gecontracteerde dienstwaarneming in de nabije omgeving en draagt bij aan een goede communicatie aan onze verzekerden.

3.1.3 Maatregelen vanuit het Regeerakkoord

Vanuit het regeerakkoord is ingezet op een aantal kostenbesparende maatregelen waaronder het aanpassen van de Wet Geneesmiddelenprijzen, het moderniseren van het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem en overhevelingen naar de intramurale farmacie. Deze maatregelen hebben naar verwachting gevolgen voor de financiële positie van de apotheehoudenden. Eno compenseert deze gevolgen niet.

3.2 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

3.2.1 Wet- en regelgeving

Eno koopt bij de zorgaanbieders de farmaceutische zorgprestaties in die deel uitmaken van de aanspraak volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw). De zorgaanbieder voldoet aan alle wet- en regelgeving en de daaruit voortvloeiende beleidsregels met betrekking tot het verlenen en declareren van de zorg. Voor alle prestaties geldt bovendien dat minimaal voldaan moet worden aan de voor de beroepsgroep geldende richtlijnen en gehandeld dient te worden conform de geldende NZa Beleidsregel Prestatiebeschrijving farmaceutische zorg.

3.2.2 Eisen aan zorgaanbieders

Voor 2021 hanteert Eno een basisset aan minimale (kwaliteits)eisen waaraan een apotheekhoudende dient te voldoen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. Eno sluit hierbij aan bij de in het veld breed geaccepteerde criteria en maakt zoveel mogelijk gebruik van landelijke beschikbare gegevens.

Bij de zorginkoop hanteert Eno de volgende kwaliteitsparameters:

- De apotheek dient in het bezit te zijn van een geldige HKZ-certificering of een gelijkwaardig kwaliteitsmanagementsysteem keurmerk;
- De apotheek dient actieve participatie te hebben aan een gestructureerd ketenoverleg met voorschrijvers, zoals in FTO-verband;
- De apotheek dient jaarlijks een klanttevredenheidsonderzoek, zoals bijvoorbeeld PREM CQ Index Farmacie, uit te voeren;
- De apotheek dient de vigerende set landelijke Medische Farmaceutische beslisregels (MFB's) uit te voeren;
- De apotheek dient mee te doen aan de jaarlijkse uitvraag van de kwaliteitsindicatoren farmacie via Stichting Kwaliteitsindicatoren Farmacie (SKIF).

3.2.3 Doelmatigheid en gepast gebruik

Eno signaleert een grotere rol voor de apotheker als zorgverlener in plaats van enkel een distributeur van geneesmiddelen. Hierbij vinden we het van belang dat de apotheker nauw samenwerkt met de voorschrijver ter bewaking van de geneesmiddel gerelateerde zorg in relatie tot de aandoening. Hierbij wordt er verwacht dat apotheekhoudenden een proactieve rol hebben als het gaat om het doelmatig afleveren van geneesmiddelen. Eno zet in op zoveel mogelijk vergoeding van generieke middelen, behalve indien een spécialité medisch noodzakelijk is.

Wij maken in onze overeenkomsten afspraken over de algemene substitutiegraad, het aandeel meerweekse terhandstelling en het aandeel afgeleverde voorkeursgeneesmiddelen.

Om de apotheker bij te staan maakt Eno ook doelmatigheidsafspraken met voorschrijvers over het voorschrijven op stofnaam en substitueren naar generieke geneesmiddelen of biosimilars.

Eno voert aanvullend beleid uit ten aanzien van de specialistische, en veelal duurdere, extramurale geneesmiddelen richting onder andere de voorschrijvers in de tweede lijn. Ook zien wij een rol weggelegd voor poliklinische apotheken en landelijke opererende zorgapotheken/leveranciers van betreffende specialistische geneesmiddelen.

Om gepast gebruik te stimuleren worden in de zorgovereenkomsten met apotheken duidelijke afspraken gemaakt over de te leveren farmaceutische zorg. Hiermee wordt bijvoorbeeld verspilling van geneesmiddelen voorkomen.

Omdat wij de zorg toegankelijk en betaalbaar willen houden, zetten wij in op een efficiënte distributie en optimalisatie van de afleverfrequentie van chronische receptuur.

3.3 Inkoop en contractvormen

3.3.1 Contractering geneesmiddelen

In 2021 continueren wij het ingezette voorkeursbeleid om daarmee een bijdrage te leveren aan de betaalbaarheid van de geneesmiddelenzorg. Ter bevordering van de continuïteit worden met de fabrikanten afspraken voor twee jaar gemaakt. Ook worden hierbij afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van geneesmiddelen.

De gerealiseerde besparing op kosten van geneesmiddelen geven wij terug aan verzekerden door voorkeursgeneesmiddelen vrij te stellen van het eigen risico. Hiernaast heeft het voorkeursbeleid invloed op de hoogte van de premie waar alle verzekerden van profiteren.

Onze wijze van voorkeursbeleid streeft naar transparantie over de vergoeding van aangewezen geneesmiddelen. Niet-aangewezen geneesmiddelen en bijbehorende zorg komen niet in aanmerking voor vergoeding zonder reden van een medische- of logistieke noodzaak.

Voor geneesmiddelen die buiten het voorkeursbeleid vallen, continueren wij het bestaande laagste prijsgarantie (LPG) beleid.

Wij verwachten van apotheken dat zij een correcte en duidelijke uitleg over ons voorkeursbeleid geven aan onze klanten en declareren wat is afgeleverd. Daarnaast zet Eno in op afstemming met apotheken en voorschrijvers in haar kernregio over de communicatie en uitvoerbaarheid van het ingezette voorkeursbeleid.

3.3.2 Contractering farmaceutische zorgprestaties

In onze zorginkoop van de farmaceutische zorgprestaties onderscheiden we de volgende contractsoorten:

- Openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen;
- Poliklinische apotheken.

De farmaceutische zorg wordt ingekocht aan de hand van een tweetal contractprofielen, namelijk basis en plus. Elk profiel heeft een daarbij horende set kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren en tariefgroepen.

3.3.3 Monitoring en beoordeling contractprofiel

De mate van uitvoering wordt gemonitord en beoordeeld middels een drietal doelmatigheidsindicatoren; het aandeel algemene substitutiegraad, het aandeel meerweekse terhandstellingen en het aandeel afgeleverde voorkeursgeneesmiddelen.

De apotheken worden tussentijds geïnformeerd over de (landelijke) prestaties. Het resultaat op de meting van de doelmatigheidsindicatoren wordt uiterlijk begin december 2020 met de apotheken gedeeld.

Jaarlijks beoordeelt Eno het contractprofiel van de zorgaanbieder op basis van de uitkomsten van de kwaliteits- en doelmatigheidparameters. Als meetperiode hanteren wij kwartaal 2 en 3 van het jaar voorafgaande aan het jaar waarin de zorg plaatsvindt.

3.4 Nieuwe aanbieders

Onder nieuwe zorgaanbieders verstaan wij nieuwe apotheekvestigingen, satellietapotheken of uitgiftepunten van bestaande zorgaanbieders.

Nieuwe apotheken/apotheekcollectieven kunnen zich voor een zorgovereenkomst uiterlijk 1 juni 2020 melden bij Eno. Wanneer Eno voor een contractperiode voldoende farmaceutische zorg heeft ingekocht binnen een verzorgingsgebied, gaan we binnen dat gebied geen nieuwe overeenkomsten aan.

Nieuwe apothekhoudenden, waar wij geen historie mee hebben, komen niet in aanmerking voor een pluscontract.

3.5 Procedure zorginkoop

Voor de procedure van de zorginkoop van de farmacie wordt verwezen naar het tijdspad zoals opgenomen in het algemene inkoopbeleid (hoofdstuk 1). Hier vindt u ook onze contactgegevens.

3.6 Wijzigingen ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020

In dit zorginkoopbeleid Farmacie 2021 zijn de volgende wijzigingen aangebracht ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020:

- Eno koopt met ingang van 2021 de farmaceutische zorg volledig zelfstandig in.
De contractering vindt plaats via de landelijke vertegenwoordigers (ketens en/of collectieven).

4 Wijkverpleging

Met het zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2021 informeren wij u over de uitgangspunten die we hanteren bij de inkoop van Wijkverpleging, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

4.1 Aanspraak wijkverpleging

Wijkverpleging omvat verzorging en verpleging die gericht is op het zo lang mogelijk verblijven in de thuissituatie, ondanks functionele beperkingen als gevolg van medische aandoeningen. Het gaat hierbij niet alleen om puur verpleegkundige of verzorgende handelingen, maar ook om taken die samenhangen met de zorgverlening zoals het indiceren, coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De stand van de wetenschap en de acceptatie door de beroepsgroep zijn van belang bij het bepalen welke handelingen en taken hier allemaal onder moeten vallen. Eno vindt het belangrijk dat het verpleegkundig handelen wetenschappelijk onderbouwd is. Daarbij is het van belang dat vragen uit de praktijk onderzocht worden en de antwoorden teruggevoerd worden naar de praktijk. Deze wisselwerking tussen praktijk en wetenschap draagt bij aan het ontwikkelen van 'evidence based' handelen.

4.2 Zorginkoopbeleid Wijkverpleging

4.2.1 Uitgangspunten inkoop 2021

4.2.1.1 Visie op wijkverpleging

De zorg in Nederland – en daarmee ook de wijkverpleging – verandert voortdurend. Dubbele vergrijzing², nieuwe behandel mogelijkheden, complexere zorgvragen en dreigende personeelstekorten staan in gespannen verhouding tot elkaar. Dit alles tegen de achtergrond van de maatschappelijke noodzaak om de groei van de zorgkosten te beteugelen. Eén van de constanten binnen de voortdurende veranderingen is de wens van verzekerden om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, ook als ze een intensieve zorgvraag hebben. Deze wens wordt ondersteund door ontwikkelingen en initiatieven zoals beschreven in het Pact voor de Ouderenzorg³, in het Programma Langer Thuis⁴ en in het rapport de Juiste Zorg op de Juiste Plek⁵.

Daarbij willen verzekerden thuis ook zoveel mogelijk zelfredzaam blijven en de regie over hun leven behouden. Dat houdt in dat betrokkenheid van de verzekerde bij het zorgproces actief wordt gestimuleerd, dat er oog is voor preventie, voor 'ontzorgen', voor de inzet van hulpmiddelen en e-health-oplossingen en dat er – in een ideale situatie – sprake is van Advance Care Planning⁶. Daarmee komen de zorgverleners in samenspraak met de verzekerde tot passende en gepaste zorg.

² Dubbele vergrijzing is het verschijnsel dat niet alleen de groep ouderen een relatief groter aandeel vormt van de Nederlandse samenleving (onder andere het gevolg van de babyboom na de Tweede Wereldoorlog), maar dat ook de gemiddelde leeftijd steeds hoger komt te liggen, waardoor de vergrijzing op twee manieren toeneemt.

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/03/08/pact-voor-de-ouderenzorg>

⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/15/programma-langer-thuis>

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>

⁶ Advance Care Planning is een proces waarbij zorgverleners patiënten en hun naasten ondersteunen om in terugkerende dialoog – op basis van hun waarden en opvattingen – zinvolle en haalbare doelen voor huidige en toekomstige zorg en behandeling te formuleren.

Vooral de wijkverpleging kan langer thuis blijven mogelijk maken, maar dat doet ze niet alleen. Om het daadwerkelijk mogelijk te maken dat verzekerden thuis kunnen blijven wonen, is samenwerking en afstemming met andere zorg- en hulpverleners in zowel de nulde-, eerste- als de tweedelij en het sociaal domein een randvoorwaarde. In geval van toenemende complexiteit of escalaties weet de wijkverpleging tijdig andere zorg- en hulpverleners in te schakelen en weet ze andere, passende vormen van zorg (eerstelijnsverblijf (ELV), geriatrische revalidatiezorg (GRZ) of de Wet langdurige zorg (Wlz)) voor onze verzekerden te organiseren. Deze visie sluit aan bij de onlangs gepubliceerde leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging.⁷ Conform de leidraad verwachten wij dat zorgaanbieders samenwerkingsafspraken maken met als doel te komen tot herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Daar waar deze samenwerkingsafspraken niet tot stand komen zullen wij een stimulerende rol pakken.

De verpleegkundige, het wijkteam, de huisarts en de medewerker Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) delen hun kennis en ervaring en staan in nauwe verbinding met elkaar. Het is duidelijk wie er binnen de huisartsenpraktijk en het wijkteam aanspreekpunt is voor de andere partij. Alleen als deze professionals samenwerken, kan de juiste zorg op de juiste plek worden geboden en onnodige escalatie van de situatie en zorginzet worden voorkomen. Dit alles stelt in toenemende mate eisen aan verzekerden zelf, aan zorgaanbieders en aan zorgverzekeraars. Binnen al deze ontwikkelingen hebben betrokkenen in onze visie allemaal een eigen verantwoordelijkheid:

- Verzekerden en hun naaste omgeving hebben de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid, gezond gedrag en een veilige woonomgeving. Van verzekerden mag verwacht worden dat zij zich voldoende informeren en zich voldoende inspannen om zo gezond mogelijk te leven;
- Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor gepaste zorg en voor de kwaliteit van de zorg. Gepaste zorg is zorg waarmee op verantwoorde en doelmatige wijze en tegen acceptabele kosten het mogelijk wordt gemaakt dat verzekerden zo lang mogelijk goed thuis kunnen blijven wonen. De zorgaanbieder zorgt niet alleen voor de verzekerde, maar zorgt er ook voor dat de verzekerde voor zichzelf kan (blijven) zorgen en stimuleert hiermee de zelfredzaamheid en zelfstandigheid waar mogelijk. Kwaliteit van zorg wordt primair door de beroepsgroep gedefinieerd en verwacht mag worden dat de zorg te allen tijde aansluit bij door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen en standaarden. Bij zorgaanbieders hebben hbo-opgeleide verpleegkundigen een sleutelrol. Het is aan de hbo-opgeleide verpleegkundige om de zorg aan de verzekerde te indiceren en te coördineren. De methode die de verpleegkundige gebruikt om transparant te indiceren is klinisch redeneren. Dit houdt in dat het proces van vraagverheldering en zorgtoewijzing helder wordt beschreven en onderbouwd. Maar ook: hoe wordt de zorg tussentijd geëvalueerd en bijgesteld. De nadruk ligt daarbij op ondersteunen en stimuleren van zelfredzaamheid en op preventie van vermijdbare zorg. Ook zorgt de hbo-opgeleide verpleegkundige voor afstemming met andere zorgverleners in de eerste- en tweedelij, al of niet door deelname aan een sociaal wijkteam;
- De zorgverzekeraar heeft zorgplicht en is verantwoordelijk voor het inkopen/vergoeden van voldoende en passende zorg voor verzekerden. Ook is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor een betaalbare zorgpremie voor verzekerden.

Uit het voorgaande volgt dat het een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en de zorgverzekeraar is om afspraken te maken over beheersing van zorgkosten en inrichting van de zorg. Ook om de betaalbaarheid van de zorg op langere termijn mogelijk te maken. Met de inrichting van de zorg bedoelen wij de inrichting van ketenafspraken rondom de zorg voor de verzekerde, zodat de juiste zorg op de juiste plaats wordt geboden.

⁷ Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, opgesteld door ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuis.nl, februari 2020.

4.2.1.2 Speerpunten zorginkoop wijkverpleging

Indicatiestelling

Het stellen van de verpleegkundige diagnose - ook wel 'de indicatiestelling' genoemd - is het uitgangspunt voor het verlenen van de juiste zorg aan degene die deze zorg nodig heeft. De verpleegkundige stelt de indicatie en neemt daarin de wens mee van de verzekerde om langer thuis te blijven wonen, stimuleert de zelfredzaamheid en zorgt ervoor dat vermijdbare zorg voorkomen wordt. Met als belangrijkste uitgangspunt het bevorderen en bewaken van de gezondheid van de verzekerde. De hbo-verpleegkundige werkt in een netwerk met de geïntegreerde eerstelijns, het ziekenhuis, de gemeente en mantelzorg. Dit is een verantwoordelijke taak waarbij een veelheid aan (complexe) facetten bij elkaar gebracht worden.

Eno vindt – net als de beroepsgroep zelf – dat, gezien de complexiteit waar een verpleegkundige mee te maken kan krijgen, de indicatiestelling is voorbehouden aan de hbo-verpleegkundige. Het stellen van een indicatie vraagt inzicht in het verpleegkundig proces en in classificatiesystemen. De hbo-verpleegkundige is de aangewezen professional met de juiste competenties om deze rol op zich te nemen en verder door te ontwikkelen. In deze ontwikkeling zijn nog een aantal stappen te zetten. Eén daarvan is bijvoorbeeld het terugdringen van de ongewenste praktijkvariatie in de indicatiestellingen. Ongewenste praktijkvariatie betekent dat er een groot verschil zit in de indicatiestellingen bij vergelijkbare situaties. Deze variatie is onwenselijk, brengt ongelijkheid tussen mensen in vergelijkbare situaties en maakt de zorg onnodig duur.

Om de hbo-verpleegkundige te ondersteunen in het stellen van de indicatie heeft de V&VN een toolbox ontwikkeld. De toolbox bestaat uit beslissingsondersteunende hulpmiddelen voor het in kaart brengen en evalueren van de zorgvraag - en behoefte van het cliënt(systeem) als onderdeel van het verpleegkundig proces. Wij gaan er van uit dat de zorgaanbieder haar verpleegkundigen faciliteert en stimuleert van de toolbox gebruik te maken. Daarnaast gaan wij er vanuit dat de zorgaanbieder haar verpleegkundigen faciliteert en stimuleert gebruik te maken van het 'Begrippenkader Indicatieproces', gepubliceerd door de V&VN op 27 maart 2019. Dit begrippenkader is een toelichting op het Normenkader en ondersteunt wijkverpleegkundigen bij het indiceren en organiseren van zorg.

Kwaliteit en uitkomsten van zorg

Eerder schreven we al dat kwaliteit van zorg primair door de beroepsgroep wordt gedefinieerd en dat de zorg aan de richtlijnen van de beroepsgroep dient te voldoen.

In juni 2018 is het Kwaliteitskader Wijkverpleging⁸ geïntroduceerd. Het Kwaliteitskader geldt als richtinggevend en beschrijft onder meer wat elke verzekerde van wijkverpleging mag verwachten:

- De verzekerde krijgt zorg die aansluit bij wat hij/zij en haar naasten zelf kunnen;
- De verzekerde krijgt zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven;
- De verzekerde krijgt zorg van zorgverleners die hij/zij begrijpt en vertrouwt;
- De verzekerde krijgt zorg van zorgverleners die gekwalificeerd zijn;
- De verzekerde krijgt zorg van een vast en overzichtelijk team;
- De verzekerde krijgt zorg die veilig is;
- Met de verzekerde worden duidelijke, passende afspraken gemaakt die worden nagekomen;
- De verzekerde krijgt inzage in het zorgplan en het zorgdossier.

⁸ <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/overige-onderwerpen/kwaliteitskader-wijkverpleging>

Daarnaast beschrijft het Kwaliteitskader ook aan welke professionele kwaliteitseisen en organisatorische randvoorwaarden wijkverpleging moet voldoen. De zorg zal zich meer moeten richten op resultaat in termen van kwaliteit van leven en zelfredzaamheid.

Uitvloeisel van het Kwaliteitskader zijn uitkomstindicatoren om de kwaliteit van zorg te kunnen meten.

In 2019 hebben zorgaanbieders die wijkverpleging leveren de PREM (Patiënt Reported Experience Measures) ingevuld. Ook in 2020 wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij de PREM invullen. De uitkomsten van de PREM zijn voor ons aanknopingspunten om het goede gesprek met de zorgaanbieder aan te gaan over kwaliteit van zorg. De uitkomsten van de PREM worden door Eno niet gebruikt in het kader van ranking. Wij vinden het belangrijk dat uitkomsten inzichtelijk zijn voor onze verzekerden, zodat zij een vergelijking kunnen maken tussen zorgaanbieders.

Twee andere uitkomstindicatoren die in het kwaliteitskader wijkverpleging benoemd staan, zijn:

- Kwetsbaarheid;
- Ongeplande ziekenhuisbezoeken.

Als deze gegevens tijdig beschikbaar zijn, stelt Eno deze als spiegelinformatie aan zorgaanbieders beschikbaar. Ook hierbij geldt dat de uitkomsten in 2021 niet gebruikt worden in het kader van ranking, maar aanknopingspunten zijn voor een gesprek over kwaliteit van zorg.

Doelmatigheid

Naast de uitkomstcriteria, – die dus,- (indien beschikbaar),- nog alleen als spiegelinformatie beschikbaar komen – toetst Eno net als in voorgaande jaren zorgaanbieders ook op doelmatigheid. Die doelmatigheid drukken wij uit in een gemiddeld aantal uren zorg per declarerende verzekerde per jaar. Daarnaast kijken wij in het kader van doelmatigheid ook naar de gemiddelde kosten per unieke, consumerende verzekerde per jaar. Wij zien praktijkvariatie in de hoeveelheid zorg die wordt verleend. Dat roept de vraag op of alle zorg aansluit bij de behoefte van de verzekerde en of deze zorg ook het meest doelmatig is. Eno verkent de komende inkoopperiode samen met aanbieders de mogelijkheden om aansluiting bij patiëntbehoefte en doelmatigheid te verbeteren en waar nodig bij te sturen.

4.2.1.3 Speciale doelgroepen en zorg

Wijkverpleging is in de basis generalistische zorg en biedt thuis bij de cliënt zorg op het brede terrein van preventie, curatie tot en met palliatie. Dit is ook zo vastgelegd in het Kwaliteitskader Wijkverpleging. Wijkverpleging biedt de cliënt, al of niet uit het netwerk, een breed spectrum van zorg, hulp en ondersteuning aan. Uitgangspunt is: generalistisch waar het kan, specialistisch waar het moet. De wijkverpleegkundige heeft de expertise om te beoordelen wanneer welke gespecialiseerde zorgverlener het beste kan worden ingezet.

Daar waar het gaat om specialistische zorg besteden wij extra aandacht aan een aantal specifieke doelgroepen en zorgsoorten.

Dementiezorg

Dementie is een verzamelnaam voor aandoeningen die gekenmerkt worden door combinaties van meervoudige stoornissen in de verstandelijke vermogens (waaronder het geheugen), stemming en gedrag. De specifieke kenmerken van de verschillende combinaties worden bepaald door de aard, lokalisatie en ernst van de afwijkingen in de hersenen. Dementie is een chronische aandoening met grote gevolgen voor patiënten, hun families en de samenleving. Een steeds grotere groep mensen wordt de komende jaren geconfronteerd met dementie, terwijl de druk op de zorgkosten

toeneemt. In Nederland hebben ruim 270.000 mensen dementie. In 2055 bereikt het aantal mensen met dementie een piek van ruim 690.000.

Ruim 70 procent van de mensen met dementie woont momenteel thuis en wordt verzorgd door hun naaste familie en/of omgeving. Op dit moment is dementie niet te voorkomen of te genezen en moet men ermee 'leren leven'. Dat laatste geldt voor zowel de personen die dementie krijgen als voor hun naaste familie, vrienden en bekenden.

Eno is van mening dat bij het leren leven met dementie het sociale domein een belangrijke rol speelt. De focus moet niet alleen liggen op de aandoening, maar ook op (het verbeteren van) de leefwereld van de persoon met dementie en diens omgeving. De sociale benadering van dementie geeft hier invulling aan. In de beeldvorming rondom dementie staat het lijden, het geestelijk verval en het verlies van (cognitieve) vaardigheden centraal. Maar wie met mensen met dementie en hun naasten praat, leert dat juist de omgeving van grote invloed is op het welzijn. Het stigma, de identiteitsbeschadiging die met dementie gepaard gaat, is nog altijd groot. Het is daarom noodzakelijk dat de nadruk op het medische aspect van dementie verlegd wordt naar aandacht voor de behoeftes van mensen⁹. Eno neemt inmiddels deel aan de pilot 'sociale benadering van dementie'. Deze pilot vindt plaats in Raalte; een gemeente in de kernregio van Eno.

Antropologen hebben een wijkscan in Raalte uitgevoerd. De eerste resultaten van deze scan worden binnenkort bekend gemaakt. Wanneer de resultaten aanleiding geven tot het anders organiseren van dementiezorg in de regio, nemen wij dit in overweging.

Eno vindt het belangrijk dat de dementiezorg integraal wordt geleverd. Generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet. Dit betekent dat iedere zorgaanbieder die met ons een overeenkomst aangaat voor het verlenen van wijkverpleging, ook de zorg aan kwetsbare ouderen met dementie moet kunnen leveren of organiseren. Bij een integrale benadering kan naast de wijkverpleegkundige, ook een huisarts, POH-er (praktijkondersteuner huisarts) en/of wijkteam bij casemanagement een rol spelen, mits bevoegd en bekwaam. Hierbij zijn duidelijke afspraken nodig wie bij de verzekerde de rol van casemanager invult en hoe de onderlinge afstemming van de ondersteuning vorm krijgt. Wij verwachten van het dementienetwerk dat invulling wordt gegeven aan regionale afspraken gericht op ketenzorg dementie.

Dementiezorg voldoet minimaal aan de Zorgstandaard Dementie¹⁰. De ambitie van Eno, op langere termijn, is dat de uitkomsten van deze zorg inzichtelijk zijn voor het hele zorgpad. Deze uitkomsten kunnen dan worden ingezet om de kwaliteit van de dementiezorg te verbeteren voor de volledige keten. Ook voor de dementiezorg zijn er landelijk steeds meer partijen bezig met het ontwikkelen en het transparant maken van uitkomstindicatoren die inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg. De betrokkenheid van patiënten en ervaringsdeskundigen bij deze ontwikkeling moet geborgd te zijn.

Eno wil de waarde van de dementiezorg vergroten door middel van:

- Het realiseren van goede ketenzorg door betere afstemming en samenwerking waarbinnen stepped-care¹¹ wordt gerealiseerd;
- De persoonsgerichtheid verbeteren door het stimuleren van persoonsgerichte zorg en de inzet van casemanagement;
- Afname van de kosten door (continue) kwaliteitsverbetering;

⁹ Anne Mei The: Tao of Care

¹⁰ Zorgstandaard dementie. Steun en zorg. Juli 2013, Alzheimer Nederland & Vilans. De Zorgstandaard Dementie is alweer 5 jaar oud en wordt in 2018 en 2019 herzien. Dementiezorg voor Elkaar is de trekker van dit proces, waar veel partijen bij betrokken zijn.

¹¹ De zorg moet op het juiste niveau en op de juiste plaats worden verleend.

- Inzet op een meer sociale benadering van dementie, onder meer om mensen langer thuis te kunnen laten wonen, waarbij het leven op een zo normaal mogelijke wijze voortgezet kan worden en mantelzorgers voldoende ondersteund worden.

Ketenzorg Dementie

Ketenzorg Dementie is een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders binnen een herkenbare regiefunctie wordt geleverd. Bij Ketenzorg Dementie staat het patiëntproces centraal, wat blijkt uit geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de zorg. Ketenzorg Dementie wordt in het hele land georganiseerd in dementienetwerken of rechtstreeks bij zorgaanbieders die als regionaal samenwerkingsverband over de domeinen van Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) heen samenwerken. De preferente zorgverzekeraar neemt hierin de regie. Eno is betrokken bij de nadere invulling van de afspraken die hierover in landelijk verband worden gemaakt.

De preferente zorgverzekeraar maakt maatwerkafspraken over de eventuele bekostiging van dementienetwerken, al dan niet via de prestatie ketenzorg Dementie. Eno is preferente zorgverzekeraar voor het dementienetwerk Deventer en omstreken. De deelname van de diverse actoren in de regionale dementieketen is vastgelegd in een convenant, dat op verzoek van de zorgverzekeraar kan worden overlegd.

Organisaties en netwerken die gebruikmaken van de vragenlijst 'Uitkomstindicatoren Dementie' delen de uitkomsten met de zorgverzekeraar, conform de eisen van de privacy wet- en regelgeving. Het dementienetwerk Deventer en omstreken maakt nog geen gebruik van deze vragenlijst. Wij zullen in gezamenlijkheid met het dementienetwerk tot afspraken komen om dit wel te doen.

In 2018 hebben de dementienetwerken een meerjarenplan opgesteld. Dit is specifiek gericht op de volgende onderwerpen;

- Hoe de keten bijdraagt aan de continuïteit van een voor de cliënt duidelijk en deskundig aanspreekpunt;
- Hoe de deskundigheid van de zorgprofessionals is gewaarborgd;
- Hoe ieder dementienetwerk een regionaal eenduidige wijze ontwikkelt van communicatie naar cliënten, mantelzorgers en verwijzers/huisartsen over de mogelijkheden van casemanagement dementie.

Wij gaan er vanuit dat het dementienetwerk in 2021 de ingezette ontwikkeling voortzet. Het dementienetwerk Deventer en omstreken heeft meerjaren beleidsthema's vastgesteld die tot 2022 lopen. Landelijk wordt ingezet op een nieuw beleidsplan per 2021. Wij verwachten dat het dementienetwerk zich conformeert aan de landelijke afspraken.

Casemanagement dementie

De professional die het casemanagement uitvoert, is in veel gevallen een generalist. Een sociaal werker bijvoorbeeld, of een ouderenconsulent of wijkverpleegkundige. Deze professional heeft specifieke kennis van dementie en de mogelijkheden voor welzijn, welbevinden, behandeling, zorg en begeleiding daarbij. De professional stelt de persoon met dementie en zijn mantelzorger centraal. Wanneer het ziektebeeld te complex of te specifiek is, of als de bijkomende problemen de competenties van de generalist overstijgen, zorgt hij tijdig voor een opschaling naar een specialist van het regionale netwerk. Deze specialist kan worden gevraagd om advies, tijdelijke ondersteuning op de achtergrond of het overnemen van het casemanagement. Kortom, de specialist ondersteunt de generalist door mee te denken, mee te werken of mee te doen. De complexiteit is niet afhankelijk van de fase waarin iemand zich bevindt, maar van de

organisatie rondom de aandoening, de kennis van de generalist en de mate van zelfmanagement. Daarbij kan de intensiteit van het casemanagement variëren per stadium, tussen personen en hun omstandigheden.

Ook in 2021 moeten de direct cliëntgebonden activiteiten van casemanagers dementie in de wijkverpleging als reguliere prestatie gedeclareerd worden. Wij zijn van mening dat de direct cliëntgebonden activiteiten van een casemanager onderdeel uitmaken van het wijkverpleegkundig handelen en daarmee onderdeel zijn van de integrale prestatie. Zij worden in het integrale tarief verwerkt. Alleen die partijen die zijn aangesloten bij een regionaal georganiseerde dementieketen komen voor deze afspraak in aanmerking.

Palliatief-terminale zorg

Palliatief-terminale zorg is zorg aan verzekerden met een infauste prognose waarvan een arts heeft vastgesteld dat de levensverwachting minder dan drie maanden bedraagt. Sinds 2019 is het niet meer nodig de terminaliteitsverklaring te gebruiken. Voorheen werd deze verklaring voor de zorg in de laatste levensfase gebruikt. Doordat het niet patiëntvriendelijk is, onnodige administratieve handelingen oplevert en het nooit met zekerheid te zeggen is of de levensverwachting daadwerkelijk korter is dan drie maanden, is in overleg tussen AHZN, KNMG, VPTZ, V&VN ZIN, ZN en VWS afgesproken dat de verklaring niet meer bij alle leveringsvormen nodig is. Van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat hij/zij de zorginzet en de conclusies van het overleg over het aanbreken van de laatste levensfase vastlegt in het zorgdossier. Dit moet zodanig vastgelegd te worden dat deze voor de zorgverzekeraar opvraagbaar en navolgbaar is. Om de aanvraag van een Zvw-pgb voor zorg in de palliatief-terminale fase te onderbouwen is nog wel een terminaliteitsverklaring nodig.

Palliatief-terminale zorg richt zich op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven tijdens ziekte en sterven en voldoet minimaal aan het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg¹². Er is aandacht voor wensen en zorgvragen op fysiek, psychologisch, sociaal en spiritueel vlak.

Eno hanteert het uitgangspunt dat iedereen recht heeft om te sterven waar hij wil, met de zorg die daarvoor nodig is. Wel vinden wij het van belang dat zorg op verantwoorde wijze verleend wordt. Onder verantwoorde zorg verstaan wij zorg die van goed niveau is en die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht verleend wordt. De wijkverpleegkundige bepaalt daarbij in samenspraak met de patiënt, andere hulpverleners en eventueel netwerk de doelen, aard, omvang en duur van de zorg die de patiënt nodig heeft. Hierbij wordt rekening gehouden met de situatie van de patiënt, waaronder de zorgbehoefte van de patiënt, de (on)mogelijkheden van de inzet van mantelzorgers en de situatie in het huis. Afhankelijk van de situatie van de patiënt, kan het waken onderdeel zijn van de zorg mits de wijkverpleegkundige het waken indiceert vanuit een verpleegkundige of verzorgende noodzaak en dat heeft onderbouwd in het zorgplan. De momenten waarop de cliënt rust of slaapt en zorgverleners enkel aanwezig zijn zonder verpleegkundige of verzorgende noodzaak, kunnen niet worden geïndiceerd.

Een wijkverpleegkundige houdt binnen haar indicatiestelling altijd rekening met de context van een patiënt. Deze context is van groot belang wanneer een patiënt de keuze maakt in de thuissituatie te willen sterven. Wanneer een patiënt niet alleen kan zijn in de thuissituatie is het de verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige een goed (informeel) netwerk te organiseren rondom de patiënt voor het bieden van toezicht. Dit (informele) netwerk kan ingezet worden op momenten dat professionele zorg niet aanwezig kan zijn omdat er op dat moment geen verzorgende of verpleegkundige handelingen uitgevoerd hoeven worden. In dit kader verwachten wij dan ook dat zorgaanbieders actief gebruikmaken van de inzet van informele zorg en Vrijwilligers Terminale Thuiszorg. Daarnaast vinden wij het een voorwaarde dat zorgaanbieders optimaal gebruikmaken van consultatievoorzieningen.

¹² Het kwaliteitskader is te vinden op https://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=1078

De patiënt kan er ook voor kiezen om in een verplaatste thuissituatie te sterven, bijvoorbeeld in een hospice. Ook indien de patiënt in een hospice verblijft is de aard, omvang en duur van de zorg in iedere situatie anders en wordt de geïndiceerde en geleverde wijkverpleegkundige zorg vergoed.

Aanvullend stellen wij de volgende voorwaarden aan palliatief terminale zorg;

- De zorgaanbieder is voor palliatief-terminale zorg 24 uur per dag 7 dagen in de week beschikbaar;
- De zorgaanbieder heeft hiertoe een goede bereikbaarheid en adequate achterwachting georganiseerd;
- De zorgaanbieder levert gemiddeld maximaal 12,6 uur zorg per etmaal per verzekerde over een periode van maximaal drie maanden.

Zorg aan kinderen

Zorg aan kinderen vereist in onze visie specifieke deskundigheid. Deze zorg wordt daarom uitsluitend gecontracteerd bij gespecialiseerde (kinder)thuiszorgorganisaties. De zorg in de verpleegkundige kinderdagverblijven (leeftijd 0-5 jaar) en in de kinderzorghuizen is zorg voor verzekerden tot 18 jaar met complexe, somatische problematiek of een lichamelijke handicap en bij wie sprake is van behoefte aan permanent toezicht en/of bij wie 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn. De zorg gaat gepaard met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Alle wijkverpleegkundige zorg aan kinderen valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) tenzij er sprake is van zorg die enkel gericht is op het opheffen van tekortkomingen in de algemene dagelijkse levensverrichtingen: dan valt die zorg onder de Jeugdwet. Het is mogelijk, dat een kind tegelijkertijd vanuit de Jeugdwet én vanuit de Zvw zorg krijgt.

Voorwaarden voor het leveren van Medische Kindzorg

1. De zorgaanbieder werkt volgens uitgangspunten van het 'Handvest Kind & Zorg' om de rechten van het kind en het gezin waar het kind toe behoort te bewaken;

2. De zorgaanbieder werkt volgens de vier fasen van het Medische Kindzorgsysteem en deze fasen zijn verwerkt in haar werkwijze;

3. De zorg voor het kind wordt op maat verleend, beweegt flexibel mee met de continu veranderende zorgvraag en wordt regelmatig geëvalueerd. Concreet krijgt dit vorm door de mogelijkheid om het zorgplan op elk moment bij te stellen. De zorgaanbieder doet dit in overleg met het kind en het gezin zodra daar aanleiding toe is. Het kind en het gezin worden actief gestimuleerd hier aan bij te dragen. Veranderingen in het zorgplan komen in afstemming met de kinderarts tot stand;

4. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat elk ziek kind, maar ook het gezin van het kind, gedurende het hele zorgtraject actief wordt gewezen op informatie ten aanzien van het organisatie- en indicatieproces van de zorg. Informatievoorziening, door middel van het inzichtelijk maken van een zorgdossier, richt zich op het kind en het gezin waarin specifieke aandacht is voor de vier kinderleefdomeinen;

5. De zorgaanbieder heeft niet enkel en alleen aandacht voor het medisch technische aspect, maar ook voor de ontwikkeling en het sociale domein en de veiligheid van het kind. De zorgaanbieder hoeft deze zorg niet zelf te leveren, maar heeft wel een signalerende functie ten aanzien van de ontwikkeling en het sociale domein en de veiligheid van het kind. Er moet naar passende ondersteuning worden verwezen of deze moet worden ingeschakeld indien nodig;

6. De zorgaanbieder borgt de veiligheid van het kind door:

- te werken met de geldende meldcode kindermishandeling en/of huiselijk geweld;

- te werken met gestandaardiseerde protocollen voor de uitvoering van medisch technische handelingen bij kinderen;
- het waarborgen van de privacy van het kind, zowel in gegevensuitwisseling als medisch technisch handelen;
- te werken met erkende meetinstrumenten voor kinderen voor het meten van pijn en angst.

7. De zorgaanbieder werkt waar nodig samen met andere disciplines. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden door een gezamenlijk zorgplan en/of een multidisciplinair overleg. Er wordt ook buiten het medische domein aansluiting gezocht met voor het kind relevante disciplines, met name met de partners die de zorg aan het kind in de thuissituatie leveren;

8. De zorgaanbieder voert eenmaal per twee jaar een klanttevredenheidsonderzoek uit waarbij uitkomsten - bij voorkeur in de vorm van de Net Promotor Score (NPS) - en ondernomen acties worden gepubliceerd op de website van de organisatie;

9. De zorgaanbieder levert desgevraagd informatie aan waarmee de zorgverzekeraar kwaliteit kunnen toetsen en benchmarken;

10. De zorg wordt altijd uitgevoerd door een kinderverpleegkundige. Onder kinderverpleegkundige wordt verstaan: een verpleegkundige niveau 4 of 5 met kinderaantekening of een verpleegkundige die ingeschreven staat voor de opleiding tot extramurale kinderverpleegkundige en reeds (werk)ervaring heeft in de omgang met zieke kinderen;

11. De zorg start nadat in gezamenlijkheid door de zorgaanbieder, de kinderarts/medisch specialist en het gezin is vastgesteld dat deze in de thuissituatie op verantwoorde wijze kan worden geboden;

12. De kinderverpleegkundige stelt een zorgplan op waarover tussen zorgaanbieder en het kind en/of diens naasten overeenstemming is en dat door beide partijen ondertekend is. De kinderarts/medisch specialist ondertekent het medische deel van het zorgplan;

13. De zorgaanbieder biedt de zorg op de gewenste locatie (thuis, school etc.).

Ons beleid inzake zorg aan kinderen blijft ongewijzigd. We onderscheiden zoals voorheen drie contractvarianten: een contract Medische Kindzorg voor de zorg aan kinderen thuis, een contract voor het verpleegkundig kinderdagverblijf en een contract voor het kinderzorghuis.

Regiefunctie complexe wondzorg

Kwalitatief hoogwaardige en doelmatige complexe wondzorg vereist een integrale samenwerking tussen professionals en de patiënt/verzekerde. De prestatie 'Regiefunctie Complexe Wondzorg' is een traject waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meer complexe wonden begeleidt, adviseert en/of behandelt. Per patiënt kan de regiefunctie complexe wondzorg eenmaal per twaalf maanden in rekening worden gebracht, ongeacht de inhoud of frequentie van de behandeling. Het traject omvat de volgende onderdelen: het opstellen en zo nodig tussentijds bijstellen van een behandelplan, het bespreken van het behandelplan met de patiënt, kennisdeling en -verspreiding voor zorgprofessionals en met de patiënt, advies inzake leefstijlverbetering aan de patiënt, casemanagement en triage en afstemming met de medisch specialist en/of huisarts.

Regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg

Bij onplanbare wijkverpleegkundige zorg gaat het om zorg die ontstaat door een acute vraag, die past binnen de aanspraak wijkverpleging en die uitgevoerd moet worden op het moment dat de zorgvraag zich voordoet. We maken hierbij onderscheid tussen onplanbare zorg overdag (hierbij verwachten we dat iedere zorgaanbieder dit zelf kan leveren en regelen) en in de avond en nacht.

De regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg betreft het oprichten of in stand houden van infrastructurele en personele voorzieningen die nodig zijn om regionaal uitvoering te kunnen geven aan die ongeplande zorgtaak in de regio. Dit kan bestaan uit de componenten bereikbaarheid en/of beschikbaarheid. Zorgaanbieders realiseren in de regio de regionale beschikbaarheid en bereikbaarheid zodat alle verzekerden daar gebruik van kunnen maken.

Eno maakt alleen afspraken met zorgaanbieders die aantoonbaar een functie in haar kernregio vervullen voor de onplanbare zorg van 22.00 tot 07.00 uur. Dit doen wij via de prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie of via een opslag op het integraal tarief. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- 24/7 telefonische bereikbaarheid;
- Er moet gewerkt worden met een gerenommeerde zorgcentrale;
- Gegarandeerde verpleegkundige inzet/beschikbaarheid (minimaal niveau 4);
- Aanrijtijd van maximaal 30 minuten;
- Alle cliëntgebonden tijd wordt gedeclareerd op cliëntniveau, op de doelgroepprestatie;
- Er moeten samenwerkingsafspraken tussen de betrokken aanbieders gemaakt zijn.

Het afgelopen jaar hebben ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl en ZN gewerkt aan een gezamenlijk kader om in 2020 en 2021 te komen tot een toekomstbestendige organisatie van wijkverpleging.¹³

Gezamenlijk is vastgesteld dat de urgentie lag op de ongeplande nachtzorg. Daarom is als eerste stap een kader onplanbare nachtzorg geschreven. Landelijk zijn veel verschillende vormen van inrichting en mede daardoor van financiering. Streven is dat er een landsdekkende regio-indeling komt. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders (samen met hun zorgprofessionals) en de zorgverzekeraars om te komen tot een regio indeling die ervoor zorgt dat in heel Nederland binnen dezelfde kaders de onplanbare nachtzorg wordt geregeld. Het advies is om de indeling te laten aansluiten bij de HAP(huisartsenpost)-regio's. Wanneer er voorkeur wordt gegeven aan een andere regio, gaan de zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de regio hierover met elkaar in gesprek. De verantwoordelijkheid om te komen tot passende afspraken voor het leveren van de onplanbare nachtzorg ligt bij de betrokken zorgaanbieder(s). Eno verwacht dan ook dat betrokken zorgaanbieders in onze kernregio onderling afspraken maken hierover en deze in de vorm van een business case aan ons voorleggen.

Bij het maken van bekostigingsafspraken gelden de volgende uitgangspunten:

- De onplanbare nachtzorg is vorm van acute zorg, daarom dienen alle zorgaanbieders dit effectief en efficiënt vorm te geven;
- De organisatie van de onplanbare nachtzorg moet door de verantwoordelijke zorgaanbieders kostendekkend kunnen worden uitgevoerd;
- De zorgaanbieders dienen hun fair share (in mensen en middelen) te brengen om deze zorgvorm kwalitatief goed en efficiënt (betaalbaar) te leveren;
- Partijen moeten met elkaar in overleg over een oplossing voor de declaratie en legitimatie van de geleverde zorg 'achter de voordeur' bij cliënten van andere aanbieders of nieuwe cliënten;
- De bekostiging van de ongeplande nachtzorg is integraal onderdeel van het totaal aan afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de wijkverpleging;

¹³ Samen op weg naar een toekomstbestendige wijkverpleging, opgesteld door ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl en ZN, juli 2019

- De zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken samen een plan dat de efficiënte levering mogelijk maakt en de bureaucratische of administratieve lasten minimaliseert. Aan de basis van een plan moet een goede businesscase liggen.

In regio's waar Eno niet de preferente zorgverzekeraar is, volgen wij de afspraken gemaakt door de preferente zorgverzekeraar, mits onderbouwd in een goedgekeurde businesscase door de preferente zorgverzekeraar.

Niet- cliëntgebonden wijkgerichte zorg

Voor Eno geldt dat we de afspraken niet-clientgebonden wijkgerichte zorg continueren in 2021. In 2021 voeren wij een evaluatie uit gericht op deze activiteiten. Wij nemen hierin onder andere mee hoe samenhang gecreëerd kan worden met overige activiteiten die apart gefinancierd worden, zoals ketenzorg dementie en de eventuele activiteiten die voortkomen uit de pilot 'sociale benadering van dementie'.

4.2.2 Innovatief zorgaanbod

Wij wijzen zorgaanbieders nadrukkelijk op de Stimuleringsregeling EHealth Thuis (SET) die sinds 1 maart 2019 open staat. Eno is van mening dat, voordat een plan bij ons ingediend wordt, de zorgaanbieder de mogelijkheden van de SET voldoende moet hebben onderzocht. Plannen in het kader van SET dienen mede door de zorgverzekeraar te worden ondertekend. Wij gaan ervan uit dat we alleen plannen van grote zorgaanbieders in ons kernwerkgebied toegestuurd krijgen.

Thuiszorgtechnologie

De NZa heeft voor het jaar 2020 de nieuwe prestatie Thuiszorgtechnologie geïntroduceerd. In 2019 hebben wij dit als volgt in het aanvullend inkoopbeleid 2020 verwerkt:

A). De prestatie Thuiszorgtechnologie wordt niet standaard in de overeenkomsten en tariefbijlagen opgenomen. Voor de contractvoorwaarden waar de thuiszorgtechnologie aan moet voldoen verwijzen we naar ons inkoopbeleid inzake innovatie en ehealth. Alvorens tot invulling van de prestatie te kunnen komen ontvangen we dus allereerst graag een business case. Bij de beoordeling van de business case zullen we nadrukkelijk kijken naar de vraag:

- Of het gaat om verzekerde zorg onder de Zorgverzekeringswet;
- Of het gaat om vervanging van verpleegkundige en verzorgende activiteiten.

B). Eno wil de bestaande praktijk rondom het werken met farmaceutische telezorg wel graag continueren maar moet dit doen binnen de kaders van de nieuwe beleidsregel c.q. nieuwe prestatie. Zorgaanbieders die in 2020 willen (blijven werken) met farmaceutische telezorg kunnen hiertoe een schriftelijk verzoek indienen. Aan de overeenkomst kan in een dergelijke situatie dan een addendum worden toegevoegd waarmee de afspraken worden bevestigd. De farmaceutische telezorg kan dan worden gedeclareerd tegen maximaal twee uur per geïnccludeerde verzekerde per maand. Het tarief is het integrale tarief dat met de zorgaanbieder wordt overeengekomen.

Daarnaast was het in 2020 mogelijk afspraken te maken gericht op beeldschermcommunicatie. Zorgaanbieders die in 2020 wilden (blijven werken) met beeldschermcommunicatie konden hiertoe een schriftelijk verzoek indienen. Aan de overeenkomst is in een dergelijke situatie dan een addendum toegevoegd, waarmee de afspraken zijn bevestigd. De beeldschermcommunicatie kan in 2020 worden gedeclareerd tegen maximaal vier uur per geïnccludeerde verzekerde per maand. Het tarief is het integrale tarief dat met de zorgaanbieder is overeengekomen.

Voor 2021 willen wij bovenstaand beleid handhaven. Daarnaast willen wij zorgaanbieders in de gelegenheid stellen de prestatie Thuiszorgtechnologie breder in te zetten dan alleen farmaceutische telezorg en beeldschermcommunicatie. Wanneer een zorgaanbieder hier gebruik van wenst te maken, ontvangen wij graag een goed onderbouwde businesscase. Eno beoordeelt vervolgens of op basis van de businesscase overgegaan kan worden tot het maken van specifieke contractafspraken gericht op Thuiszorgtechnologie.

4.2.3 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

4.2.3.1 Minimumeisen aan zorgaanbieders

Voor de minimumeisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen verwijzen wij naar de bestuursverklaring wijkverpleging 2021 (bijlage 1). In deze bijlage is ook opgenomen wat de uitsluitingsgronden voor een overeenkomst zijn.

De zorgaanbieder verklaart ook te voldoen en zich te houden aan de geldende wet- en (lagere) regelgeving, waaronder de NZa-beleidsregels en de afspraken en regels zoals beschreven in de overeenkomst, inclusief bijbehorende addenda.

Daarnaast verwachten wij dat de zorgaanbieder aan onderstaande algemene kwaliteitscriteria voldoet:

1. De zorgaanbieder borgt kwaliteit doordat ze beschikt over een (inter)nationaal erkend kwaliteitssysteem dat gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit);
2. Indien de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst wegens achterblijvende kwaliteit een maatregel van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd krijgt opgelegd zullen partijen in overleg treden over een verbeterplan waarmee de geconstateerde kwaliteitsproblemen zullen worden opgelost;
3. De zorgaanbieder werkt met een verpleegkundig classificatiesysteem zoals OMAHA of NANDA, NIC, NOC, ICIDH, RAI of een vergelijkbaar systeem met als doel inzet, inhoud en resultaat van zorg te ordenen en te standaardiseren;
4. De zorgaanbieder draagt zorg voor een duidelijke informatievoorziening via de eigen website. Minimaal wordt actuele informatie opgenomen over:
 - de bereikbaarheid van de zorgaanbieder;
 - de toegang tot de zorg via zorgbehoeftebepaling door de wijkverpleegkundige;
 - het gegeven dat voor geïndiceerde wijkverpleging geen eigen risico en/of eigen bijdrage verschuldigd is;
 - het werkgebied van de zorgaanbieder.
5. De zorgaanbieder heeft in de periode 2017-2020 een klanttevredenheidsonderzoek gehouden en heeft in overleg met de cliëntenraad verbeterpunten die voortkomen uit het onderzoek aantoonbaar en actief ter hand genomen. De voorgaande zin is niet van toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2020 valt onder verpleging en verzorging;
6. De zorgaanbieder heeft op peildatum 1 januari 2021 de uitkomsten van het klanttevredenheidsonderzoek op haar website gepubliceerd bij voorkeur in de vorm van de Net Promoter Score (NPS). De voorgaande zin is niet van toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2020 valt onder verpleging en verzorging;
7. De zorgaanbieder heeft gedurende de hele looptijd van de zorgovereenkomst voldoende BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundigen in loondienst om de indicatiestelling te kunnen uitvoeren en de zorg te kunnen coördineren;
8. De zorgaanbieder zet voor het leveren van de zorg de minimaal vereiste deskundigheidsniveaus in conform de richtlijnen die getoetst worden door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd;

9. De zorgaanbieder heeft de richtlijn 'Veilige principes in de medicatieketen' in haar organisatie geïmplementeerd;
10. De zorgaanbieder werkt zichtbaar en actief met de risicosignalering zorgproblemen zijnde huidletsel, voedingstoestand, incontinentie, valpreventie, depressie en medicatiegebruik. Dit uit zich in-, waar relevant en ter beoordeling aan de zorgaanbieder,- ingevulde risicoanalyses en de opvolging daarvan in het dossier van de verzekerde;
11. De zorgaanbieder spant zich maximaal in om het aantal in te zetten medewerkers bij één verzekerde zoveel mogelijk te verminderen en hanteert als uitgangspunt dat de planning hierin niet leidend is en dat zoveel mogelijk vanuit de wens van de verzekerde wordt gewerkt;
12. De zorgaanbieder werkt samen met andere relevante partijen voor het realiseren van een sluitend zorgaanbod. De zorgaanbieder participeert daartoe actief in het sociale netwerk in haar werkgebied;
13. De zorgaanbieder mag niet meer dan 35 procent van haar productie door middel van onderlinge dienstverlening laten uitvoeren.

4.2.4 Inkoop en contractvormen

4.2.4.1 Nieuwe zorgaanbieders

Eno streeft ernaar de omvang van niet-gecontracteerde zorg terug te brengen. Dat is ook een van de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging. In afwijking van het algemene inkoopbeleid kunnen nieuwe zorgaanbieders zich het gehele jaar door bij ons melden wanneer zij in aanmerking willen komen voor een contract. Uiteraard moeten deze nieuw te contracteren zorgaanbieders aan de gestelde inkoopvoorwaarden voldoen. Wij gaan geen overeenkomsten aan met terugwerkende kracht. Voor aanvullende informatie verwijzen wij naar ons beleid Nieuwe Aanbieders (bijlage 2 inkoopbeleid wijkverpleging).

4.2.4.2 Soorten overeenkomsten

Eno hecht aan keuzevrijheid voor haar verzekerden en streeft naar wat we noemen een 'brede' contractering. Zorgaanbieders die in 2020 een overeenkomst voor wijkverpleging met ons hebben gesloten, komen ook weer voor een overeenkomst in 2021 in aanmerking op voorwaarde dat:

- Ze niet onder de uitsluitingscriteria vallen (zie bijlage 1 bestuursverklaring wijkverpleging);
- Nog steeds voldoen aan de kwaliteitscriteria (zie bijlage 1 bestuursverklaring wijkverpleging en hoofdstuk 1.2.3.1 inkoopbeleid);
- Er geen fraudeonderzoek, uitgevoerd door afdeling speciale zaken, loopt/heeft plaatsgevonden. Indien dit wel het geval is zal Eno eerst het gesprek met betreffende zorgaanbieder aangaan.

Daarnaast zijn zorgverzekeraars op grond van de Wet op het financieel toezicht verplicht, voorafgaand aan het aangaan van een contract de integriteit van de zorgaanbieder te toetsen. Dit doen wij in het zogenaamde RIZ-portal. Indien deze toetsing daar aanleiding toe geeft, nemen wij contact op met de zorgaanbieder. Tot slot toetsen wij voor de contractering in 2021 op de eis dat aan de AGB-code van de zorgaanbieder in VECOZO een AGB-code van een hbo-opgeleide verpleegkundige is gekoppeld.

Eno biedt voor de contractering verschillende contractvormen.

Standaardovereenkomst

In de standaardovereenkomst - die we aanbieden aan zorgaanbieders met een klein aantal van onze verzekerden in zorg - wordt in principe geen omzetplafond opgenomen. In de standaardovereenkomst maken we ook geen (nacalculeerbare) afspraken over doelmatigheid: er is dus alleen sprake van een prijsafpraak. Een uitzondering kan worden gemaakt voor ondoelmatig werkende nieuwe zorgaanbieders.

Zzp-overeenkomst

Wij bieden individueel werkende zzp'ers geen losse overeenkomst meer aan. We verwijzen naar platforms die het declaratieverkeer voor en met zzp'ers kunnen regelen en die daarnaast een toets op kwaliteit, doelmatigheid en rechtmatigheid kunnen doen.

Maatwerkovereenkomst

Kenmerkend voor de maatwerkovereenkomst is dat we in overleg en afstemming komen tot een afspraak die passend is bij de situatie. Er is bij maatwerkovereenkomsten vrijwel altijd sprake van een vorm van opbrengstverrekening. Dat kan zijn in de vorm van een afspraak over doelmatigheid, via een omzetplafond of een staffelafpraak. Eventuele meerjarige en/of experimentele afspraken behoren bij een maatwerkovereenkomst tot de mogelijkheden. We onderzoeken de mogelijkheid om een agenda op te stellen die verder gaat dan financiën en op basis van vertrouwen tot innovatieve uitkomstindicatoren te komen, in lijn met gedeelde ambities. Eno neemt zelf het initiatief tot het maken van dit soort afspraken.

Voor een maatwerkovereenkomst komen partijen in aanmerking die:

- In het kernwerkgebied van Eno werken en daarbij een aanmerkelijk zorgvolume hebben, dan wel;
- Partijen die landelijk opereren en daarbij of een aanmerkelijk marktaandeel bedienen, met een significant volume én lokaal een voorname (keten- of regie-)rol vervullen bij de totstandkoming van de zorginzet.

4.2.4.3 Tariefstelling

Uitgangspunt van het tarief 2021 is het tarief 2020 van de betreffende zorgaanbieder. Daarnaast geldt dat we voor de tarieven in 2021 de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging volgen. Specifieke, lokale omstandigheden kunnen het noodzakelijk maken om afwijkende tariefafspraken te maken waarbij uitkomsten van gemaakte afspraken – waaronder doelmatigheid - een rol kunnen spelen. Ook sturen we bij de totstandkoming van het tarief 2021 sturen op marktconforme afspraken. Wij gaan niet in op kostprijsdiscussies, omdat de kostprijs van een zorgaanbieder gevoed kan worden door keuzes en aannames die wij niet delen en die de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder betreffen.

De afgelopen jaren is landelijk onduidelijkheid geweest over het doorvertalen van de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA). Eno vindt het belangrijk een eenduidige uitleg te hanteren over het doorvertalen van de OVA. Wij hebben daarvoor de volgende uitgangspunten opgesteld:

- De basis voor het tarief 2021 is het met de zorgaanbieder overeengekomen tarief 2020, exclusief eventuele eenmalige, specifieke of resultaatafhankelijke tariefophogingen, vermeerderd met loon- en prijsontwikkeling waarin de OVA volledig is meegenomen, met daarna eventuele op- of afslagen;
- Tarieven in contracten zijn opgebouwd uit personele kosten en materiële/overige kosten;
- Het OVA-percentages wordt zichtbaar en volledig doorvertaald in de **personeelscomponent** van de af te spreken tarieven in contracten;
- De NZa gaat uit van een verdeling 90 procent personeelskosten en 10 procent materiële/overige kosten;
- Dat betekent dat wij het indexatiecijfer berekenen over de 90 procent van het tarief;

- Wij hanteren het indexatiecijfer wat door de NZa wordt vastgesteld;
- De doelmatigheid van een zorgaanbieder kan van invloed zijn op het uiteindelijk toe te passen indexatiecijfer;
- Wanneer het definitieve indexatiecijfer over 2020 lager wordt vastgesteld dan het indexatiecijfer wat is meegenomen in het tarief 2020 kan dit van invloed zijn op het tarief voor 2021. Wij vertalen in dat geval het verschil in percentage door in het percentage van 2021.

4.2.5 Wijzigingen ten opzichte van 2020

In dit zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2021 zijn de volgende wijzigingen aangebracht ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020:

- Wij verwachten dat zorgaanbieders conform de leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging samenwerkingsafspraken maken. Daar waar deze afspraken niet tot stand komen pakt Eno een stimulerende rol;
- Naast het feit dat wij van zorgaanbieders verwachten dat zij haar verpleegkundigen stimuleert en faciliteert van de V&VN-toolbox indicatiestelling gebruik te maken, verwachten wij in 2021 ook dat de zorgaanbieder haar verpleegkundigen faciliteert en stimuleert gebruik te maken van het 'Begrippenkader Indicatieproces', gepubliceerd door de V&VN op 27 maart 2019;
- In het inkoopbeleid 2020 hebben wij aangegeven een aparte prestatiecode voor indicatiestelling te overwegen. Wij introduceren deze aparte prestatiecode in 2021 niet;
- Sinds 2019 is het niet meer nodig de terminaliteitsverklaring te gebruiken. Voorheen werd deze verklaring voor de zorg in de laatste levensfase gebruikt. Doordat het niet patiëntvriendelijk is, onnodige administratieve handelingen oplevert en het nooit met zekerheid te zeggen is of de levensverwachting daadwerkelijk korter is dan drie maanden, is in overleg tussen AHZN, KNMG, VPTZ, V&VN ZIN, ZN en VWS afgesproken dat de verklaring niet meer bij alle leveringsvormen nodig is. Van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat hij/zij de zorginzet en de conclusies van het overleg over het aanbreken van de laatste levensfase vastlegt in het zorgdossier. Dit dient zodanig vastgelegd te worden dat deze voor de zorgverzekeraar opvraagbaar en navolgbaar is;
- Om de aanvraag van een Zw-pgb voor zorg in de palliatief terminale fase te onderbouwen is nog wel een terminaliteitsverklaring nodig;
- In het inkoopbeleid 2020 hebben wij aangegeven aan gecontracteerde partijen uitkomstrapportages te gaan vragen voor de regiefunctie complexe wondzorg. Daarnaast hebben wij aangegeven in het kader van wondzorg, met het account hulpmiddelen, te bezien hoe we synergie in het gebruik van verbandmiddelen kunnen realiseren. Deze activiteiten voeren wij in 2021 niet uit;
- Wij verwachten dat zorgaanbieders conform het landelijk kader onplanbare nachtzorg handelen. Eno verwacht dat betrokken zorgaanbieders in onze kernregio onderling afspraken maken hierover en deze in de vorm van een business case aan ons voorleggen. In regio's waar Eno niet de preferente zorgverzekeraar is, volgen wij de afspraken gemaakt door de preferente zorgverzekeraar, mits onderbouwd in een goedgekeurde business case door de preferente zorgverzekeraar;
- In 2021 voeren wij een evaluatie uit gericht op de S1-activiteiten. Wij nemen hierin onder andere mee hoe samenhang gecreëerd kan worden met overige activiteiten die apart gefinancierd worden, zoals ketenzorg dementie en de eventuele activiteiten die voortkomen uit de pilot 'sociale benadering van dementie';
- In 2021 is het mogelijk de prestatie Thuiszorgtechnologie breder in te zetten dan alleen farmaceutische telezorg en beeldschermzorg;
- Wij bieden aan niet-gecontracteerde aanbieders niet standaard een overeenkomst aan. Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich bij ons melden wanneer zij in aanmerking willen komen voor een contract;

- Wanneer er bij een gecontracteerde zorgaanbieder fraudeonderzoek heeft plaatsgevonden of plaatsvindt, gaan wij eerst het gesprek met betreffende zorgaanbieder aan voordat wij een nieuw contract aanbieden. Er wordt niet automatisch een nieuw contract aangeboden.

5 Geboortezorg

5.1 Uitgangspunten inkoop 2021

Met het zorginkoopbeleid Geboortezorg informeren wij u over onze uitgangspunten bij de inkoop van geboortezorg, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

Dit zorginkoopbeleid heeft betrekking op geboortezorg, zoals opgenomen in de zorgverzekeringswet (Zvw), waarbij de uitgangspunten met betrekking tot kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid voor verleende zorg van toepassing zijn. Dit zorginkoopbeleid voor geboortezorg geldt specifiek voor eerstelijns verloskunde, prenatale screening, eerstelijns geboortecentra (voor bevalling en kraamzorg), kraamzorg en integrale geboortezorg.

Om te voldoen aan onze zorgplicht en om onze verzekerden voldoende keuzevrijheid te bieden, wil Eno een breed aanbod aan zorg contracteren bij eerstelijnszorgaanbieders. Belangrijke voorwaarden daarbij zijn dat zorg doelmatig is en dat de kwaliteit van zorg is geborgd. Met dit zorginkoopbeleid 2021 voor geboortezorg geven wij daarvoor de kaders aan.

5.2 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

De zorgaanbieder dient te voldoen aan alle wet- en regelgeving en daaruit voortvloeiende beleidsregels met betrekking tot het verlenen en declareren van zorg. Daarnaast hanteren wij minimeisen om voor 2021 voor een zorgovereenkomst in aanmerking te komen. Deze eisen worden hieronder weergegeven. Naast deze minimeisen hanteren wij contractdifferentiatie bij kraamzorg op organisatietype en het opleiden van nieuwe kraamverzorgenden. Wij hebben daarvoor aanvullende eisen opgesteld. Deze zijn in onderstaand schema samengevat.

Zorgaanbieders	Kwaliteitseisen 2021
Verloskunde	• BIG-registratie; • Inschrijving in het Landelijk Kwaliteitsregister Verloskunde van de KNOV; • Hanteren van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP); • Hanteren van het Verloskundig Vademecum; • Deelname aan de Perinatale Registratie Nederland (Perined)/Landelijke verloskundige Registratie (LVR-1); • Aanleveren landelijke vastgestelde kwaliteitsindicatoren verloskunde (via Perined); • Deelname aan de Perinatale audit; • Inschrijving in de kwaliteits(deel)registers van de KNOV (echo, versie, IUD) of bij uitvoering van echo's inschrijving in het BEN kwaliteitsregister; • Eisen voortvloeiend uit de Wet op het Bevolkingsonderzoek (Wbo); • Werken vanuit een goed geoutilleerde praktijkruimte; • Samenwerking in de keten Geboortezorg. Onder andere deelname aan een VSV; • Beschikken over adequate waarneemregeling; • Vereisten aan telefonische bereikbaarheid.

Prenatale screening	• Inschrijving in het kwaliteitsregister van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN), of • Inschrijving in het echoregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV); • Eisen voortvloeiend uit de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo). Wij controleren deze eis door middel van de registratie in de Peridos database; • Declareren via verloskundige declaratiestandaard.
Eerstelijnsgeboortecentra	• Het geboortecentrum heeft een 'droge verbinding' met het ziekenhuis; • Er zijn werkaafspraken en protocollen tussen het geboortecentrum en de afdelingen verloskunde en kindergeneeskunde van het ziekenhuis; • Afspraken met kraamzorgaanbieders in het adherentiegebied van het geboortecentrum; • Samenwerking in de keten geboortezorg (deelname in het Verloskundig SamenwerkingsVerband); • Deelname van de werkzame verloskundigen aan perinatale audits en registratie; • De verzekerde kan terecht in het geboortecentrum vanaf 2-3 cm ontsluiting (verloskundige indiceert); • Er wordt individuele (een-op-een) begeleiding geboden aan de verzekerde vanaf binnenkomst in het centrum tot 2 uur na de geboorte van de placenta; • De verzekerde blijft maximaal 24 uur in het geboortecentrum (bij geboortecentra waar geen ligdagen gecontracteerd zijn); • Hanteren van het Landelijk Indicatie Protocol (LIP) Kraamzorg; • Eisen met betrekking tot de telefonische bereikbaarheid; • Indien het geboortecentrum ook kraamzorg aanbiedt (ligdagen) gelden dezelfde eisen als die voor kraamzorg worden gehanteerd.
Kraamzorg (minimumeisen)	• Het werken volgens het Landelijk Indicatieprotocol (LIP) Kraamzorg; • Leveren van alle aspecten van kraamzorg, waaronder partusassistentie • Basiskwaliteitseisen Kraamzorg (BKE); • Aanleveren data voor de zorginhoudelijke indicatoren Kraamzorg van het Kwaliteitsinstituut en resultaten betrekken in de kwaliteitscyclus van de organisatie; • Zorggarantie van het aantal geïndiceerde uren mits de aanvraag tijdig is gedaan, anders zorggarantie voor het minimale aantal uren; • Adequate telefonische bereikbaarheid; • Eisen rondom de inzet van stagiaires; • Samenwerking in de keten Geboortezorg; • Er wordt gestreefd naar maximaal twee kraamverzorgenden per gezin; • Alle kraamverzorgenden binnen de organisatie zijn geregistreerd bij het Kenniscentrum Kraamzorg; • Deelname aan een Verloskundig Samenwerkingsverband en zorg leveren conform de afspraken in het VSV; • Gebruik maken van de algemene leveringsvoorwaarden BO Geboortezorg voor zover deze niet strijdig zijn met onze algemene inkoopvoorwaarden;

	Beschikken over het landelijk erkend kwaliteitscertificaat volgens de meest recente normen van het ISO/HKZ Kraamzorg, of een vergelijkbaar door ons goedgekeurd kwaliteitsmanagementsysteem.
Kraamzorg (aanvullende eisen)	- Maximaal 15 procent van de verzorgingen wordt uitgevoerd door zzp'ers; - Opleiden van nieuwe kraamverzorgenden die de Beroeps Begeleidende Leerweg (BBL) volgen. Het aantal op te leiden verzorgenden staat in verhouding tot de omvang van de organisatie; - Kraamzorgaanbieder hanteert een opleidingsplan waarin minimaal is opgenomen hoe de opleiding en begeleiding van leerling verzorgenden is ingericht en voor hoeveel leerlingen de organisatie in 2021 ruimte biedt; - Lidmaatschap BO Geboortezorg.
Integrale Geboortezorg	- De integrale geboortezorgorganisatie (IGO) biedt het volledige palet aan geboortezorg aan (eerste- en tweedelijns verloskunde, prenatale screening en echo's, kraamzorg zowel prenataal, partusassistentie als postpartum zorg); - De samenwerking is in kaart gebracht door middel van de VSV spiegel van het CPZ; - Er is een juridische vorm waarbij de hoofdelijke aansprakelijkheid ten aanzien van financiën en medische verantwoordelijkheid is vastgelegd; - Een ingediende offerte biedt ons duidelijkheid over: financieringsvraag, zorginhoudelijke doelen die de organisatie voor haar cliënten wil behalen, toelichting juridische vorm en een (door een accountant goedgekeurde) jaarrekening van het afgesloten boekjaar; - Een offerte dient inzicht te geven in het totaal volume, marktaandeel Eno, zorgtarieven (inclusief gehanteerde indexering) met verwacht volume en gespecificeerde overhead offerte; - Het uitgangspunt is een budgetneutrale overgang van monodisciplinaire geboortezorg naar integrale geboortezorg; - Het onderdeel medisch specialistische zorg binnen de IGO garandeert een 'schoning' van het ziekenhuisbudget bij verloskundige zorgverlening; - Hanteren van kwaliteitseisen zoals die gelden in de onderliggende monodisciplinaire geboortezorg organisaties; - De IGO hanteert een open instroombeleid voor geboortezorgaanbieders in de eigen regio.

5.3 Overige aanvullende afspraken

5.3.1 Verloskunde: 'max-max' tarief

Indien u afspraken wilt maken over een innovatief zorgaanbod bij verloskundige zorgverlening dan staan wij hiervoor open, zonodig door hiervoor het 'max-max' tarief toe te passen. Wij hanteren een financieel en inhoudelijk kader waarbinnen wij aanvragen voor het 'max-max' tarief toekennen. Aanvragen met ingangsdatum 1 januari 2021 moeten vóór 1 oktober 2020 zijn ingediend via contractbeheer@eno.nl. Aanvragen die na deze datum binnenkomen, nemen wij pas mee in het opvolgende inkoopjaar.

In aansluiting op dat wat in het algemene deel van het inkoopbeleid (hoofdstuk 1) is opgenomen over innovatie van zorg kijken wij bij de beoordeling van een aanvraag naar het effect dat het initiatief heeft op:

1. Het voorkomen van (duurdere) zorg;
2. Het vervangen van zorg door andere zorg van betere kwaliteit;
3. De klantbeleving.

Wij toetsen ingediende aanvragen aan de volgende criteria:

- Het initiatief moet een duidelijke meerwaarde bieden op de hierboven beschreven punten voor een aanzienlijk deel van onze verzekerden;
- Het moet gaan om zorglevering; aanvragen van enkel organisatorisch/administratieve aard komen niet in aanmerking;
- De door het initiatief bespaarde omzet wordt door de zorgaanbieder niet opgevuld;
- De input en output van het initiatief zijn goed meetbaar (SMART).

Wij rangschikken de ingediende initiatieven op prioriteit en bepalen vervolgens aan welke initiatieven 'max-max' tarieven worden toegekend. Bij toekenning wordt een addendum aan het reguliere contract toegevoegd, waarin gemaakte afspraken worden vastgelegd. Onderdeel hiervan zijn relevante KPI's en de tijdsperiode waarin een initiatief loopt en geëvalueerd wordt. Een toekenning heeft een tijdelijk karakter met een optie van verlenging na evaluatie en houdt dus nadrukkelijk geen structurele financiering in.

5.3.2 Verloskunde: toeslag verminderde beschikbaarheid en bereikbaarheid tweede lijn

Wanneer de tweede lijn structureel minder beschikbaar of bereikbaar is en een verloskundigenpraktijk hiervoor extra maatregelen moet nemen, dan kan daarvoor een toeslag worden aangevraagd. Deze toeslag is bedoeld om de zorg op een andere manier te organiseren en/of in te richten, gegeven de verminderde bereikbaarheid. Wij volgen hierbij in beginsel op inhoud, en indien het een aanzienlijk deel van onze verzekerden betreft, de afspraken van de preferente verzekeraar. Wij gaan er vanuit dat deze toeslag van tijdelijke aard is. En gelet op het tijdelijke karakter van de toeslag moet deze in afstemming met partijen geëvalueerd worden. Een onderbouwde aanvraag in combinatie met de afspraken met de preferente verzekeraar voor deze toeslag kan worden ingediend via contractbeheer@eno.nl.

5.3.3 Verloskunde: CTG in de eerste lijn

Sinds 2014 is het op experimentele basis mogelijk een CTG door een verloskundige in de eerste lijn te laten uitvoeren. De NZa is vanwege de goede uitkomsten van het experiment voornemens om het CTG op te nemen in de Beleidsregel verloskunde voor 2021.

Wij vinden dat deze ontwikkeling bijdraagt aan de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Echter is op dit moment nog niet bekend of de prestatie CTG daadwerkelijk onderdeel gaat uitmaken van de NZa Beleidsregel verloskunde 2021 en welke voorwaarden hiervoor in de beleidsregel worden opgenomen, bijvoorbeeld waar het de inhoudelijke kwaliteitseisen en de samenwerking met het ziekenhuis betreft. Wij vinden het van belang dat er schriftelijke samenwerkingsafspraken tussen het VSV en het ziekenhuis zijn gemaakt en dat er sprake is van aantoonbaar minder verwijzingen voor het CTG naar de tweede lijn. Zodra hierover meer duidelijkheid bestaat, bepalen wij onder welke voorwaarden afspraken met ons gemaakt kunnen worden.

5.3.4 Toeleiding kraamzorg

Wij maken gebruik van een kraamlijn om de aanvragen van verzekerden uit te zetten bij de kraamzorgorganisaties. Hierbij staan de voorkeur en wensen van de verzekerde voorop. Zie onze websites voor de contactgegevens van onze kraamlijn.

5.3.5 Integrale Geboortezorg

Sinds een aantal jaren hebben wij samenwerkingsafspraken met Integrale Geboortezorg Organisaties (IGO's). In deze organisaties wordt de zorg voor de zwangere vrouw integraal georganiseerd; een verregaande samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsverloskunde en kraamzorg. Deze organisaties worden ook integraal gefinancierd. Wij ondersteunen deze ontwikkeling.

Deze nieuwe wijze van integrale bekostiging van zorg heeft nog een pilotstatus. Omdat de uitkomsten van de pilot integrale bekostiging geboortezorg nog niet bekend zijn, betekent dit dat wij voor 2021 geen modulegelden meer verstrekken aan organisaties die zich willen ontwikkelen tot een IGO.

Regio's die in eerdere jaren modulegelden van ons hebben ontvangen, kunnen desgewenst een offerte indienen om de stap te maken naar integrale financiering in 2021. Verderop in dit hoofdstuk zijn de contracteervoorwaarden nader uitgewerkt.

5.4 Kwaliteitsbeleid en doelmatigheid

Wij willen zorg van een kwalitatief hoog niveau inkopen. Daarom sluiten wij alleen overeenkomsten met zorgaanbieders die aan onze minimeisen op het gebied van kwaliteit van zorg en dienstverlening voldoen. Alle zorgaanbieders die aan de minimeisen zoals vermeld in dit hoofdstuk voldoen, komen in principe in aanmerking voor een overeenkomst. Hierdoor contracteren wij jaarlijks een groot aantal zorgaanbieders en kunnen onze verzekerden rekenen op goede zorg dichtbij huis.

Bij verloskunde is deelname aan een verloskundig samenwerkingsverband (VSV) onderdeel van de minimeisen. Voor een goede positionering van verloskundigen achten wij de vorming van verloskundige samenwerkingsverbanden van groot belang. De zorg voor een gezonde zwangerschap en geboorte is namelijk een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Voor kraamzorg is er sprake van krapte op de arbeidsmarkt. Als zorgverzekeraar hebben wij een belangrijke taak in het zorgen voor een voldoende groot zorgaanbod en continuïteit van zorg. Het opleiden van nieuw kraamzorgpersoneel vergt extra investeringen van kraamzorgaanbieders. Ons contractdifferentiatiemodel 2021 is om die reden vrijwel uitsluitend rondom dit criterium opgesteld.

Bij integrale geboortezorg zien wij goede kansen voor betere kwaliteit en doelmatiger zorg door samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns en verplaatsingen in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Dit kan bijvoorbeeld zijn in de vorm van een gezamenlijke intake gynaecoloog/verloskundige, langere counseling in de eerste lijn bij status na sectio, meer thuismonitoring of door samenwerking bij diabetes gravidarum.

Wij monitoren de doelmatigheid van de zorgverlening. Wij analyseren onder andere declaratiegegevens van zorgaanbieders en vergelijken deze met elkaar. Als wij (mogelijke) ondoelmatigheid constateren, dan gaan wij met de betreffende zorgaanbieder in gesprek. Wij bekijken dan samen waardoor deze (mogelijke) ondoelmatigheid is ontstaan en waar nodig maken wij afspraken om de doelmatigheid te verbeteren.

5.5 Inkoop en contractvormen

Voor geboortezorg contracteren wij eerstelijnsverloskunde, prenatale screening, eerstelijnsgeboortecentra, kraamzorg en integrale geboortezorg. De monodisciplinaire contracten worden afgesloten op praktijk- of instellingsniveau.

Wij streven een brede contractering na. Indien voldaan wordt aan onderstaande eisen ontvangen praktijken of instellingen automatisch (toegang tot) een zorgovereenkomst:

- Voldoen aan de kwaliteitseisen zoals omschreven in dit zorginkoopbeleid geboortezorg;
- Elektronisch declareren via VECOZO;
- Gevestigd in Nederland.

5.5.1 Verloskunde

Individuele eerstelijnsverloskundige praktijken die in de Vektis AGB-registratie als zodanig opgenomen zijn, ontvangen uiterlijk 20 september 2020 een zorgovereenkomst ter inzage en ondertekening. Wij hanteren één type overeenkomst voor eerstelijnsverloskunde, waarbij een looptijd van twee jaar tot de mogelijkheden behoort. Wij contracteren geen samenwerkingsverbanden van verloskundigen waarbij de onderlinge aansprakelijkheid niet juridisch is geborgd en schriftelijk is vastgelegd.

5.5.2 Prenatale screening

De selectie van prenatale screening wordt gebaseerd op de Peridos-registratie voor de SEO- of NT-meting. Dit betekent dat u alleen een overeenkomst kunt ontvangen op de AGB-code die in Peridos staat vermeld. Wij hanteren één type overeenkomst voor prenatale screening waarbij een looptijd van twee jaar tot de mogelijkheden behoort.

5.5.3 Eerstelijns geboortecentra

Voor de contractering van eerstelijnsgeboortecentra is het uitgangspunt dat de bestaande afspraken het vertrekpunt vormen voor het komende jaar. In onderling overleg wordt invulling gegeven aan de zorgovereenkomst voor het komende jaar. Uiterlijk 20 september 2020 doen wij daartoe een voorstel, dit verloopt **niet** via het zorginkoopportaal van VECOZO. De overeenkomst kent een looptijd van één jaar.

5.5.4 Kraamzorg

Instellingen voor kraamzorg die in de Vektis AGB-registratie als zodanig opgenomen zijn, ontvangen uiterlijk 20 september 2020 een overeenkomst ter inzage en ondertekening. Gegeven de differentiatie binnen de contractering van kraamzorg worden hiervoor mogelijk aanvullende gegevens en/of documenten opgevraagd. De zorgovereenkomst kent een looptijd van één jaar.

5.5.5 Integrale geboortezorg

Samenwerkingen met IGO's kenmerkt zich door maatwerkafspraken. Om hiertoe te komen, wordt gestart met het indienen van een offerte bij ons voor 1 september 2020. Vervolgens vindt een onderhandeling plaats in september en oktober. Een gesloten overeenkomst tussen een IGO en diens preferente verzekeraar is leidend voor een definitieve totstandkoming van een overeenkomst met ons; het is dus van belang dat de preferente zorgverzekeraar en de IGO in een regio allereerst samen tot afspraken komen.

Wij hebben de intentie om voor de afspraken over de inhoud van de zorgverlening aan te sluiten bij de afspraken die de IGO maakt met de preferente zorgverzekeraar. Uiteraard hanteren we eigen eisen ten aanzien van de administratieve verwerking van de afspraken en het declaratieproces. Indien er op 1 maart 2021 geen contract is met de preferente verzekeraar, dan trekken wij ons terug uit de onderhandeling voor dat jaar.

5.6 Procedure zorginkoop

5.6.1 Tijdspad

Voor de verzekerden is het van groot belang om tijdig inzichtelijk te hebben welke zorgaanbieders voor 2021 gecontracteerd zijn. Op basis van deze informatie moeten zij immers de mogelijkheid hebben om te kunnen wisselen van zorgverzekeraar. Wij willen onze verzekerden graag tijdig informeren en streven ernaar om het contracteerproces 2021 af te ronden voor 1 november 2020.

De volgende planning geldt voor het inkoopproces Geboortezorg, deels in aanvulling op de planning genoemd in het algemene deel van het Zorginkoopbeleid.

Fase	Uiterste datum/Periode
Publicatie inkoopbeleid 2020	1 april 2020
Publicatie van eventuele aanvullingen op het zorginkoopbeleid (indien van toepassing)	1 juli 2020
Indiening offerte Integrale Geboortezorg IGO 2021	1 september 2020
Aanbieding overeenkomst Kraamzorg 2021, Verloskunde 2021(/2022), Prenatale Screening 2021(/2022) en overeenkomst 2021 Geboortecentra (indien van toepassing) Voeren van onderhandelingen met IGO	20 september 2020
Eventuele aanvraag 'max-max' tarief Verloskunde	september en oktober
Uiterlijk ontvangst getekende overeenkomsten	1 oktober 2020
Informeren verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod via de Zorgzoeker op de websites van de zorgverzekeringsmerken van Eno	1 november 2020
	12 november 2020

5.7 Wijzigingen beleid 2021 ten opzichte van 2020

De wijzigingen ten opzichte van het beleid 2020 zijn:

- Volgbeleid toeslag verminderde beschikbaarheid tweedelij;
- In het zorginkoopbeleid 2021 wordt geanticipeerd op de mogelijkheid om per 2021 afspraken te maken over het CTG verloskunde in de eerste lijn;
- Voor verloskunde en prenatale screening behoren twejarige overeenkomsten tot de mogelijkheden

6 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Met het zorginkoopbeleid Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) informeren wij u over onze uitgangspunten bij de inkoop van GGZ, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

6.1 Uitgangspunten inkoop GGZ 2021

Het inkoopbeleid GGZ 2021 is een voortzetting van het beleid dat door Eno de afgelopen jaren gevoerd wordt. Voor een optimale geestelijke gezondheid is het niet alleen van belang medisch te herstellen, maar ook om maatschappelijk volwaardig te kunnen participeren. We vinden het belangrijk dat de zorg zoveel mogelijk in de thuisomgeving van de verzekerde plaatsvindt.

Daarom werkt Eno vanuit haar verantwoordelijkheid in de regio, zoals verwoord in ons algemene inkoopbeleid, actief samen met gemeenten, zorgaanbieders, huisartsen en andere ketenpartners zodat verzekerden naast behandeling ook de juiste begeleiding en ondersteuning kunnen ontvangen. Eno heeft hierin een stimulerende en faciliterende rol om partijen aan tafel te krijgen, om zodoende in gezamenlijkheid in de regio te streven naar verbeteringen in de GGZ-keten, zodat onze verzekerden de Juiste Zorg op de Juiste Plek ontvangen.

Eno gaat graag in gesprek met GGZ-aanbieders over innovatie en e-health. Wij vinden het belangrijk dat innovaties aansluiten bij onze algemene visie op zorg. Daar waar zorgaanbieders met andere verzekeraars en / of marktleiders innovatieafspraken maken, besluit Eno zelfstandig om volgreid wel of niet toe te passen.

6.1.1 Inkoopdomein

Het inkoopdomein van de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) beslaat de GGZ-instellingen en de vrijgevestigde GGZ-zorgaanbieders die Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) en/of Gespecialiseerde GGZ (GGGZ) en/of langdurige GGZ leveren. Bij het inkopen van GGZ maken we een onderscheid tussen zelfstandige praktijken - vaak één of enkele zorgverleners per praktijk - en instellingen die met één of meerdere multidisciplinaire teams van medewerkers werken. Deze zorg wordt niet ingekocht bij verpleeg- of verzorgingshuizen of instellingen voor verstandelijk gehandicapten die vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) gefinancierd worden.

Vanaf 2021 kunnen cliënten die permanent toezicht of 24-uur per dag zorg in nabijheid nodig hebben toegang krijgen tot de Wlz. De aanspraak op GGZ-behandeling voor Wlz-clienten blijft in 2021 tijdelijk via de Zorgverzekeringswet (Zvw) lopen en valt daarmee onder dit inkoopkader. Een uitzondering hierop zijn de cliënten die behandeling met verblijf van dezelfde zorgaanbieder ontvangen. De inkoop van deze zorg zal per 2021 via de zorgkantoren verlopen. Eno spant zich samen met Zorgkantoor Midden IJssel ervoor in dat de overgang voor deze patiënten in de regio soepel verloopt.

Eno is géén representerend verzekeraar voor de acute GGZ en beveiligde zorg. Wij volgen de landelijke afspraken die door de representerende verzekeraar op deze twee onderdelen van de zorginkoop worden gemaakt conform de landelijke inkoopkaders. Vanuit onze verantwoordelijkheid voor de regio volgen we actief de ontwikkelingen op deze thema's en zijn wij aanspreekbaar wanneer dit leidt tot knelpunten in onze regio.

Eno koopt geen GGZ in die in het buitenland geleverd wordt.

6.2 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

Eno staat voor kwalitatieve GGZ voor onze verzekerden die dit nodig hebben. Dat betekent bovenal dat de zorg cliëntgericht is: de zorg sluit aan bij de behoefte van de verzekerde, en is gericht op het herstel van diens functioneren.

6.2.1 Kwaliteit en patiëntgerichtheid

Veilige zorg

GGZ-aanbieders die wij contracteren moeten minimaal voldoen aan de landelijk gestelde wettelijke-, kwaliteits- en verantwoordingseisen. Daarnaast dienen zij te voldoen aan veldnormen en aan eventuele eisen die gesteld worden vanuit de eigen beroepsvereniging.

Evidence-based behandelmethoden

Als kader voor het kwaliteitsbeleid hanteren wij wat door de Zvw als verzekerde zorg wordt aangemerkt. Alleen behandelmethoden conform de stand van wetenschap en praktijk worden ingezet. Leidraad hierbij is de 'ZN circulaire Therapieën GGZ', die wij voor onze polisvoorwaarden vertaald hebben naar een 'lijst met toegestane behandelingen GGZ' zoals gepubliceerd op de websites van de zorgverzekeringsmerken van Eno.

Bij het inzetten van evidence-based therapieën is het van belang dat de regiebehandelaar namens de instelling monitort of deze therapieën op de juiste wijze worden ingezet, zodat het optimale effect van deze therapieën wordt bereikt. Het inzetten van Routine Outcome Monitoring (ROM) kan hierin heel waardevol zijn. Daarnaast volgen wij de landelijke ontwikkeling ten aanzien van de implementatie van de zorgstandaarden bij Akwa GGZ en maken hier graag in de toekomst contractuele afspraken over.

Kwaliteitsstatuut

Elke GGZ-aanbieder is verplicht om over een geldig en goedgekeurd 'Model Kwaliteitsstatuut (1 januari 2020 versie 2.0.)' te beschikken om in aanmerking te komen voor vergoeding van behandelingen onder de Zvw.

Dit door de aanbieder geschreven kwaliteitsstatuut geeft de kaders aan waarbinnen de zorg wordt verleend en dient ingeschreven te zijn in het Register Zorginstituut. Daarnaast dienen alle GGZ-aanbieders het kwaliteitsstatuut openbaar te maken, door deze aan te bieden op de eigen website. In 2020 wordt er een update van het Model Kwaliteitsstatuut opgenomen in het register. Wij wijzen zorgaanbieders op de eigen verantwoordelijkheid om het kwaliteitsstatuut tijdig te actualiseren voor de zorginkoop 2021.

Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsstatuut is de regiebehandelaar: het centrale aanspreekpunt voor de patiënt, zijn naasten en andere bij de behandeling betrokken behandelaren. Wij zien het kwaliteitsstatuut als een middel om de kwaliteit van zorg te borgen. Een document alleen is niet voldoende, de zorgaanbieder monitort dat het kwaliteitsstatuut op gepaste wijze binnen de organisatie nageleefd wordt.

Clientgerichte zorg

De zorg dient zodanig te worden ingericht dat deze aansluit bij de behoefte van de cliënt en dat zij invloed kunnen uitoefenen op de zorg die zij ontvangen. Uitgangspunt hierbij is dat de behandeling gericht is op functioneren in het dagelijkse leven en herstel. Behandeldoelen worden altijd samen met de cliënt vastgesteld en waar mogelijk in samenspraak met de omgeving van cliënt. Hierbij is het van belang dat nadrukkelijk de koppeling wordt gemaakt met

zorg en ondersteuning die vanuit andere domeinen geleverd wordt. Wij stimuleren de beweging van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Hiervoor is het nodig dat behandelaren kennis hebben van wie de ketenpartners zijn in hun regio en hoe samenwerking gezocht kan worden.

Onder cliëntgerichte zorg verstaan wij ook dat zorgverleners hun communicatie en behandeling aanpassen aan het begripsniveau van de cliënt en aan het vermogen om opdrachten thuis uit te voeren en e-health-behandeling te volgen. Bij het vermoeden van een licht verstandelijke beperking en/of laaggeletterdheid wordt structureel en laagdrempelig gescreend, en de behandeling daarop aangepast.

Daar waar wij inkoopgesprekken voeren, vragen wij GGZ-instellingen om hun cliëntenraden bij de voorbereiding van deze gesprekken te betrekken en waar mogelijk ook een afgevaardigde vanuit de cliëntenraad te vragen om aan te sluiten bij het inkoopgesprek. In regionale overleggen met ketenpartners vinden we het van belang dat er een afvaardiging vanuit cliënten vertegenwoordigd is.

Professionele zorgverleners en de regiebehandelaar

Binnen de geestelijke gezondheidszorg kunnen vele (verschillende) beroepsgroepen bijdragen aan de geneeskundige behandeling van een cliënt. Daarbij is het van belang dat alle zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van een cliënt in samenhang werken, conform bewezen effectieve interventies. Elke zorgverlener dient te voldoen aan de kwaliteitseisen die door de eigen beroepsgroep zijn gesteld.

De regiebehandelaar is betrokken bij de diagnosestelling en daaruit voortvloeiend het vaststellen van het behandelplan conform de richtlijnen. De regiebehandelaar is daarmee verantwoordelijk voor de beslissing welke vormen van behandeling worden aangeboden en door welke zorgverlener. Daarnaast is de regiebehandelaar ook verantwoordelijk voor de coördinatie van de verschillende onderdelen van de behandeling. Om deze belangrijke rol te benadrukken, is in het model kwaliteitsstatuut GGZ 1 januari 2020 versie 2.0 vastgesteld wie regiebehandelaar mag zijn in welke setting.

Wij verwachten dat het MDO voldoet aan de onderstaande criteria¹⁴:

1. Ieder lid van het MDO is persoonlijk betrokken bij de behandeling;
2. Er wordt voldoende tijd genomen voor overleg en voor het betrekken van verschillende disciplines;
3. Er bestaat een duidelijke taakverdeling en verdeling van verantwoordelijkheden. Er wordt periodiek geëvalueerd of het MDO optimaal functioneert;
4. De cliënt heeft een aanspreekpunt, een persoon die als coördinator fungeert en waarbij de cliënt snel terecht kan met vragen;
5. Er is tussen de leden van het MDO sprake van onderlinge gelijkwaardigheid.

Dit houdt in dat alle leden van een MDO tegelijkertijd beschikbaar zijn voor het overleg en dat het mogelijk moet zijn om middels hoor- en wederhoor in discussie te gaan over het behandelplan. Dit kan wat ons betreft alleen in face-to-face settings, waarbij tegenwoordig ook digitale mogelijkheden bestaan (onder andere Skype).

6.2.2 Toegankelijkheid en tijdige zorg

We vinden het belangrijk dat de zorg binnen de treeknormen geleverd wordt. Daar waar wachttijden bestaan, stellen wij ons ten doel deze in samenwerking met het veld terug te brengen tot binnen de Treeknormen. Wij zetten ons in om voldoende zorg in te kopen en maken gebruik van zorgbemiddeling ten behoeve van onze verzekerden. Daarnaast willen wij graag ondersteunen en faciliteren bij initiatieven die hieraan bijdragen.

¹⁴ naar Trimbos <https://assets.trimbos.nl/docs/e9f4cb82-b7bd-46cc-840b-55c1f5bc5dbb.pdf>

Eno zal overeenkomstig het beoordelingskader zorgplicht van de NZa in de regio actief de wachtlijstproblematiek monitoren. Daarnaast bespreken wij de wachttijden in onze gesprekken met zorgaanbieders onder andere via het Regionaal Platform GGZ. Bij de GGZ-instellingen in onze regio maken wij aanvullende afspraken over de aanpak van de wachttijden. Bij overschrijding van de Treeknormen vragen wij de aanbieders om concrete acties voor het reduceren van de wachtlijsten. Daar waar zorgaanbieders met andere verzekeraars innovatieafspraken maken ten behoeve van de wachtlijstproblematiek, zal Eno overwegen om deze te volgen.

Om wachttijden tegen te gaan en tegelijkertijd tegemoet te komen aan de arbeidsmarktproblematiek, komen erkende vrijgevestigden met een erkende opleidingsplek in aanmerking voor een toeslag op het tarief.

6.2.3 Doelmatige zorg en gepast gebruik

Eno wil duurzame, toegankelijke en betaalbare zorg inkopen. Dat betekent ook dat wij sturen op doelmatigheid en gepast gebruik. Wij hanteren daarbij de volgende uitgangspunten:

- Eno zet in op 'gepast gebruik van zorg' waarbij het zorgaanbod aansluit bij de zorgvraag van de verzekerde en ook aangeboden wordt op de juiste plek;
- Klinische zorg wordt alleen geleverd indien er sprake is van medisch noodzakelijk verblijf¹⁵;
- Zorgaanbieders hanteren duidelijke in- en uitstroomcriteria die op verzoek aan ons overhandigd kunnen worden;
- Wij stimuleren de inzet van e-health binnen de behandeling;
- We gaan met een aantal aanbieders in gesprek over de doelmatigheid van hun geleverde zorg. Hiervoor plannen wij onder andere werkbezoeken;
- Tijdens de behandeling wordt regelmatig gemonitord of en in hoeverre de vooraf gestelde behandeldoelen behaald worden. Het monitoren van het resultaat van de behandeling is geborgd binnen de organisatie. De terugkoppeling van de behandeluitkomsten vindt plaats aan de individuele cliënt waardoor indien nodig tijdig de behandeling wordt aangepast. Deze terugkoppeling vindt zowel tussentijds als na afloop van de behandeling plaats. Hierbij is het ook van belang dat de landelijke doorontwikkeling van ROM bij het Akwa plaatsvindt.
- Er worden uniforme zorgstandaarden ontwikkeld waarmee kwalitatief goede en doelmatige zorg inzichtelijk kan worden gemaakt voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Wij volgen de ontwikkelingen bij Akwa bij de implementatie van de nieuwe zorgstandaarden.

Minimale eisen voor vrijgevestigden

Voor voorwaarden voor het leveren van GGZ in vrijgevestigde praktijk beoordelen we aan de hand van Model Kwaliteitsstatuut (1 januari 2020 versie 2.0). Als aanvullende minimale eisen stellen wij:

- Voor vrijgevestigde zorgaanbieders geldt dat minimaal 80 procent van de behandel tijd (direct en indirect) van de cliënt wordt geleverd door de regiebehandelaar zelf;
- De vrijgevestigde zorgaanbieder heeft een persoonlijke AGB-code;
- De vrijgevestigde zorgaanbieder levert informatie aan bij Vektis voor het monitoren van de wachttijden;
- De vrijgevestigde zorgaanbieder zorgt dat vóór elke behandeling een geobjectiveerde, geldige verwijzing in het patiëntendossier zit. Als de verwijzing er niet is, voert een GGZ-zorgaanbieder dit onderzoek alsnog uit. Hij zorgt voor terugkoppeling hierover aan de verwijzer.

¹⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/07/rapport-medisch-noodzakelijk-verblijf-in-de-geneeskundige-ggz>

- Eno is van mening dat complexe gespecialiseerde GGZ behandeld dient te worden middels een multidisciplinaire aanpak, waarbij ook crisis geborgd is. Om die reden contracteren wij geen grote DBC's bij vrijgevestigde praktijken.

Verslavingszorgbeleid

Eno hanteert specifieke afspraken voor verslavingszorg waarbij het rapport 'Verslavingszorg in beeld' van het Zorginstituut Nederland als leidraad heeft gediend. Hiermee wil Eno een doelmatige en rechtmatige inkoop die effectief is voor verzekerden. Daarnaast bieden separate afspraken de mogelijkheid om op basis van inkoopspecificaties relaties aan te gaan of te verstevigen met aanbieders van verslavingszorg. Zo wordt er aandacht besteed aan de vraag welke interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en aan de afweging of de zorg ambulant dan wel klinisch wordt aangeboden. Instellingen die zich richten op verslavingszorg ontvangen dit beleid eenmalig bij de overeenkomst. In onze regio is een rookvrije omgeving een belangrijk speerpunt. Wij vinden het daarom van belang dat bij de verslavingszorg de nicotineverslaving altijd mee behandeld wordt.

Langdurige GGZ

Clënten die meer dan 365 dagen, maar minder dan 1095 dagen, onafgebroken verblijf en behandeling binnen een GGZ-instelling ontvangen, komen in aanmerking voor voortgezet verblijf binnen de Zvw. Zorgaanbieders die deze zorg leveren, beschikken aantoonbaar over faciliteiten en programma's die de zelfredzaamheid van de cliënten bevorderen, waardoor ambulantisering van de zorg mogelijk wordt en de cliënt kan terugkeren naar de thuissituatie of een beschermde woonvorm. Bij de inkoop van de langdurige GGZ vinden wij het een vereiste dat de aanbieder een duidelijk beleid hanteert met betrekking tot de instroom en doorstroom van verzekerden. Voor 2021 geldt dit specifiek voor cliënten die overgaan van de Zvw naar de Wlz.

Bij Eno dient voorafgaand aan de overgang naar de langdurige GGZ (het tweede verblijfjaar) en bij verlengd voortgezet verblijf (het derde verblijfjaar), een machtiging te worden aangevraagd, namens de verzekerde, door de zorgaanbieder. De aanvraag voor deze machtiging moet uiterlijk twee maanden voor de voorziene overgang bij ons worden ingediend. De zorgaanbieder hanteert hierbij de landelijk afgesproken checklist LGGZ.

6.2.4 Substitutie naar de generalistische basis GGZ

Bij de zorginkoop maken wij afspraken over substitutie van gespecialiseerde naar generalistische basis GGZ. Wij vinden het belangrijk dat GGZ-aanbieders van generalistische basis GGZ zich inspannen voor kortdurende behandelingen als het kan, lang als het moet. De generalistische basis GGZ is bedoeld voor integrale behandelingen van klachten met laag complexe problematiek en een laag tot matig risico.

Wanneer er sprake is van milde tot matig ernstige klachten kan beroep worden gedaan op actieve participatie door de patiënt, omdat er voldoende gezonde elementen in het functioneren van de patiënt aanwezig en beschikbaar zijn (Rijnders, 2015). De combinatie van doelgroep en de integrale benadering maakt dat kortdurende behandelmethoden zoals het KOP-model en het vijf-gesprekken model bij uitstek geschikt zijn om toegepast te worden in de generalistische basis GGZ. Dit zijn behandelmethoden waarbij ingezet wordt op een verandering richting herstel. De cliënt krijgt voldoende inzicht, aangrijpingspunten en vaardigheden om zelf verder te herstellen. Dit is wezenlijk anders dan het aanbieden van een verkorte specialistische behandeling. Wij moedigen het aanbieden van kortdurende behandelmethoden aan. Waar mogelijk volgen wij innovatieprestaties bij de zorginkoop.

Eno is van mening dat zorgvragen die thuishoren in de generalistische basis GGZ in principe met één behandeltraject afgerond kunnen worden. Eno conformeert zich hierbij aan de landelijke veldnorm opeenvolgende producten in de generalistische basis GGZ. In 2021 maakt de veldnorm onderdeel uit van de overeenkomst.

6.3 Inkoop en contractvormen

6.3.1 Betaalbaarheid

Eno onderscheidt in de contractering verschillende contractsoorten, inclusief de vaststelling van de tarieven, waarbij de geldende NZa-max tarieven als maximum tarief wordt gezien. Eno neemt het Hoofdlijnenakkoord als maximaal groeikader voor de sector.

Omzetafspraken

Voor de contractering maakt Eno onderscheid tussen maatwerkafspraken en digitaal contracteren. Dit onderscheid maakt Eno op basis van onder andere de behoeften van de verzekerden, het marktaandeel bij de zorgaanbieder en de regio waarin de zorgaanbieder gevestigd is.

Voor 1 juni 2020 stellen wij u op de hoogte van welk contracteerproces Eno met u gaat doorlopen.

Bij een GGZ-instelling met een maatwerkafpraak gaan wij in gesprek over andere het omzetplafond, gemiddelde omzet per patiënt en de hoogte van de tarieven. De langdurige GGZ valt niet onder het af te spreken omzetplafond.

Voor vrijgevestigden en instellingen die onder de digitale contractering vallen hanteren wij geen omzetplafonds.

Monitoring productieontwikkeling

Om de zorg voor onze verzekerden toegankelijk te houden, zijn betaalbaarheid en doelmatigheid van de zorg van belang. Dit betekent dat inzicht in de ontwikkeling van de kostenstructuur noodzakelijk is. Om die reden monitoren zorgverzekeraars de productieontwikkeling bij zorgaanbieders via de landelijk opgestelde uniforme productiemonitor (UPM). Eno vraagt deze UPM uit bij de instellingen waarbij sprake is van een substantieel marktaandeel in combinatie met een beheerste afspraak zoals een omzetplafond of een aanneemsom.

Beleid bijcontracteren

Uiterlijk 1 oktober kan een zorgaanbieder bij Eno, via de bekende relatiebeheerder of via contractbeheer@eno.nl aangeven of de zorgaanbieder verwacht voor het lopende kalenderjaar de afspraak te overschrijden. Deze uiterste datum is gekozen omdat beide partijen dan redelijkerwijs nog mogelijkheden hebben beheersmaatregelen te treffen. Na deze datum worden geen verzoeken meer in behandeling genomen. Daarbij geldt als randvoorwaarde dat gedurende het kalenderjaar een tijdige en correcte vulling van de uniforme productiemonitor door de zorgaanbieder heeft plaatsgevonden.

Partijen treden vervolgens in overleg of het noodzakelijk is om de afspraak te herzien. Voor een eventuele herziening dient minimaal sprake te zijn van een aantoonbare groei van verzekerden en/of verandering van omstandigheden die niet bekend waren bij het sluiten van de overeenkomst.

Bij de beoordeling hanteren wij onder andere de volgende aanvullende criteria:

- Moment van melden overproductie in het productiejaar;
- Productie en prognoses eerdere jaren;
- Verzekerdenmutatie in relatie tot collectiviteiten;
- Wachttijdaanpak;
- Productmix verzwaring;

- Consequenties voor de zorgverlening aan onze verzekerden.

Eno hanteert hierbij geen strakke afhandeltermijnen. Wij beschouwen iedere aanvraag tot bijcontracteren als maatwerk. Wij streven ernaar om het proces zo zorgvuldig te laten verlopen en de aanbieder zo snel mogelijk duidelijkheid te verschaffen.

6.3.2 Wanneer komt u in aanmerking voor een overeenkomst?

Instellingen en vrijgevestigde aanbieders kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst in 2021. Onder een vrijgevestigde praktijk verstaan wij:

- maximaal acht fte regiebehandelaren;
- maximaal drie behandellocaties

Vanwege de ontwikkelingen rondom het Zorgprestatiemodel waarmee de bekostiging van de gehele GGZ, naar verwachting, per 2022 gewijzigd wordt, spreken wij voor 2021 enkel eenjarige overeenkomsten af.

Beoordeling nieuwe aanbieders

Onder nieuwe aanbieders verstaan wij zorgaanbieders die in 2020 nog geen overeenkomst met Eno hebben. Nieuwe aanbieders hebben tot uiterlijk 1 juni 2020 de tijd om in aanmerking te komen voor een overeenkomst 2021.

Nieuwe aanbieders moeten voldoen aan voorwaarden die onder het kopje Kwaliteit gesteld worden ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid. Voor Verslavingszorg worden, conform het Beleidskader verslavingszorg, separate afspraken gemaakt als aanvulling op de overeenkomst. Daarnaast levert de zorgaanbieder een innovatief product en/of wordt zorg geleverd aan een doelgroep waarvoor aantoonbaar een lacune bestaat in het zorgaanbod. Het al ingekochte zorgvolume bij bestaande relaties kan bepalend zijn of al dan niet een zorgovereenkomst wordt aangegaan.

Voor vrijgevestigde praktijken die de overstap maken naar een GGZ-instelling geldt dat de vrijgevestigde praktijk niet langer actief kan zijn.

Eno behoudt zich het recht voor om een zorgaanbieder een overeenkomst te weigeren in één van onderstaande situaties. Wanneer:

- de aanbieder alleen diagnostiek levert;
- de aanbieder (ook) zorg aanbiedt in het buitenland;
- uit eerdere machtigingsaanvragen en/of controles is gebleken dat er geen doelmatige en/of rechtmatige zorg is verleend;
- er een fraude-onderzoek loopt bij Eno;
- de zorgaanbieder zich aantoonbaar negatief uitlaat over Eno;
- uit onderzoek door een externe instantie (inspectie, NZa) is gebleken dat geen doelmatige of rechtmatige zorg is verleend;
- een aanbieder zich na 1 juni 2020 meldt.

Eno behoudt het recht om bij innovatief zorgaanbod, of in situaties waar de zorgplicht in het geding is, af te wijken van bovengenoemde criteria.

Niet gecontracteerde GGZ aanbieders

Voor gecontracteerde aanbieders hebben we in onze overeenkomst afgesproken onder welke voorwaarden zorg in welke vorm geleverd kan worden.

Voor de niet-gecontracteerde aanbieders GGZ geldt onder meer het volgende:

- Alleen GGZ-aanbieders die een contract afsluiten kunnen profiteren van rechtstreeks (elektronisch) declareren. Declaraties van niet-gecontracteerde aanbieders kunnen alleen via de verzekerde bij ons worden ingediend;
- Eno hanteert in haar polisvoorwaarden een cessieverbod. Een cessieverbod is een verbod voor onze verzekerden om een vordering van Eno over te dragen aan een zorgaanbieder;
- Eno controleert op rechtmatigheid en doelmatigheid bij het indienen van de nota. Bij DBC's vragen wij een tijdsregistratie op, en zo nodig de verwijzing en het behandelplan;
- Eno vereist een machtiging voor een klinische opname van verzekerden.

6.4 Procedure zorginkoop

Voor de procedure van de zorginkoop GGZ wordt verwezen naar het tijdsplan zoals opgenomen in het algemene deel van het inkoopbeleid (hoofdstuk 1). Hier vindt u ook onze contactgegevens.

6.5 Wijzigingen ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020

In dit zorginkoopbeleid GGZ 2021 zijn de volgende wijzigingen aangebracht ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020:

- Eno koopt met ingang van 2021 de GGZ volledig, zowel landelijk als regionaal, zelfstandig in;
- Eno heeft specifieke aandacht voor de inkoop van de zorg die in 2021 wordt overheveld naar de Wlz;
- De kwaliteitscriteria voor vrijgevestigde praktijken zijn voor de inkoop 2021 aangescherpt;
- De veldnorm serialiteit bij de generalistische basis ggz is opgenomen in het inkoopbeleid;
- De specifieke criteria die Eno hanteert bij bijcontractering zijn opgenomen in het inkoopbeleid;
- Het beleid rondom meerjarencontracten in verband met nieuwe productstructuur is gewijzigd;
- Eno heeft de criteria aangescherpt waarop wij nieuwe aanbieders beoordelen die in aanmerking komen voor een overeenkomst. Hierbij hanteren wij voor 2021 een deadline voor nieuwe aanbieders om zich bij ons te melden.

7 Medisch Specialistische Zorg (MSZ)

Met het zorginkoopbeleid Medisch specialistische zorg (MSZ) 2021 informeren wij u over onze uitgangspunten bij de inkoop van MSZ, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

7.1 Uitgangspunten zorginkoop 2021

Het zorginkoopbeleid voor MSZ omvat de ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en categorale instellingen (trombosediensten en centra voor medisch specialistische revalidatie, radiotherapie, eerstelijns diagnostiek, dialyse, audiologie, klinische genetica en epilepsie).

Eno hanteert bij het maken van afspraken met zorgaanbieders de uitgangspunten die in dit hoofdstuk zijn uitgewerkt. De zorginkoop is gericht op zorg die volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) onder de basisverzekering valt. Evenals voorgaande jaren geven de uitgangspunten de focus aan in de uitvoering van het zorginkoopbeleid. Hierbij is klantgerichte, kwalitatieve en doelmatige zorg van essentieel belang. Wij hanteren een gedifferentieerde benadering per instelling.

In 2018 is er een nieuw Bestuurlijk Hoofdpijnen Akkoord (BHA) getekend. Het akkoord geldt voor de periode 2019-2022. Partijen hebben afgesproken om hier gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor te nemen. Dit akkoord hanteren wij als kader en is inclusief de bekostiging van niet-planbare zorg en alle bestaande en nieuwe dure en weesgeneesmiddelen.

Juiste Zorg op de Juiste Plek

Wij streven ernaar dat de juiste zorg, op de juiste plek en het juiste moment wordt verleend. Met zorgaanbieders maken wij daarom zo mogelijk afspraken over zorgverschuiving naar de eerstelijns, substitutie binnen de tweede lijn, taakherschikking en de eventuele financiële gevolgen hiervan voor de instelling. Initiatieven om de zorg anders in te richten moeten minimaal budgetneutraal uitvoerbaar zijn en ertoe leiden dat de doelmatigheid van de zorg verbetert. In het Bestuurlijk Hoofdpijnen Akkoord zijn de zogenaamde transformatiegelden opgenomen om de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek te stimuleren. Indien u een projectplan wilt indienen voor het aanwenden van deze gelden, kunt u dit tijdens het reguliere inkoopproces kenbaar maken.

Zorgevaluatie en Gepast Gebruik

Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) heeft een implementatieagenda vastgesteld (zie: <https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/implementatieagenda/>). Op de implementatieagenda staan ruim 100 onderwerpen die geïmplementeerd kunnen worden. De agenda is opgesteld door patiënten, zorgprofessionals, zorgaanbieders, overheid én verzekeraars die samenwerken in het programma ZE&GG. Met deze HLA-partners is afgesproken samen invulling te geven aan deze implementatieagenda. In de komende inkoopronde willen wij met u afspraken maken hoe invulling gegeven wordt aan de implementatieagenda.

Integrale zorg

We vinden het van belang dat de samenwerking in de gehele keten efficiënt verloopt, zowel binnen als buiten de MSZ. Hierbij valt te denken aan een verbetering van de medicatieoverdracht of de transfer van patiënten naar andere zorgsoorten. Hierbij zijn de principes van stepped care en matched care (getrapte zorg en meest passende zorg) het uitgangspunt: een patiënt krijgt in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling, die gezien de aard en de ernst van de problematiek mogelijk is. Pas als blijkt dat de aangeboden behandeling onvoldoende effect heeft, wordt op een andere behandeling overgegaan.

Dure en weesgeneesmiddelen

De uitgaven aan dure geneesmiddelen stijgen jaarlijks onder andere door een toename van nieuwe dure geneesmiddelen en uitbreiding van indicaties. Om de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van zorg te borgen, verwachten wij van zorgaanbieders een doelmatige inzet (gepast gebruik) van dure geneesmiddelen. Gepast gebruik van geneesmiddelen betekent onder andere voorschrijven conform de richtlijnen van de beroepsgroep, juiste indicatiestelling, starten met het economisch meest voordelige geneesmiddel, gebruik van de meest doelmatige variant van een geneesmiddel (biosimilar/generiek of specialité), dosioptimalisatie, reduceren van spillage en het hanteren van start- en stopcriteria.

Wij vergoeden een add-on geneesmiddel pas als deze vastgelegd is in de prijslijst. Dit geldt ook voor nieuwe add-on geneesmiddelen die gedurende het jaar instromen in het pakket. De inzet van add-on geneesmiddelen voor nieuwe indicaties van bestaande add-on geneesmiddelen wordt pas beoordeeld na een schriftelijk verzoek van de zorgaanbieder.

Hierbij is een positief advies van de commissie Beoordeling add-on geneesmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland – over de inzet van een nieuw add-on geneesmiddel, of over de inzet van een bestaand add-on geneesmiddel voor een nieuwe indicatie – één van de voorwaarden voor inkoop door Eno. Indien nodig doen wij bij de zorgaanbieder een uitvraag over het behalen van de door deze commissie gestelde criteria; hiervoor maken wij gebruik van kwaliteitsformulieren van deze commissie.

Het besluit om een add-on geneesmiddel wel of niet – voor een bepaalde indicatie – in te kopen ligt na positieve toets op de genoemde voorwaarden alsnog bij ons.

Voor een aantal add-on geneesmiddelen, waaronder weesgeneesmiddelen, stollingsfactoren en immunotherapie, hanteren wij een concentratiebeleid.

Eno participeert in het traject gezamenlijke inkoop van dure geneesmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland. Wij kopen samen met andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders meerdere dure geneesmiddelen in, volgens vigerende regelgeving en de zienswijze van de Autoriteit Consument & Markt (Mededingingswet).

Klantgerichte zorg

Van belang is dat de zorg aansluit bij de wens van verzekerden. Hierbij is het uitgangspunt dat méér zorg niet altijd betere zorg betekent, maar dat de zorg passend en medisch noodzakelijk is bij de (specifieke) zorgvraag van verzekerden. Wij vinden het belangrijk dat verzekerden invloed kunnen uitoefenen op de zorg die zij ontvangen. Belangrijk is dat verzekerden zich bewust zijn van de rechten die zij hebben en de mogelijkheden tot inspraak waarover zij beschikken. Transparantie van het zorgaanbod en het op begrijpelijke wijze aanbieden van informatie over mogelijke

behandelingen en voor- en nadelen hiervan, zijn hierbij essentieel. Eno ziet hierin een belangrijke rol voor de zorgaanbieders.

Tijdige zorg

We hechten er waarde aan dat onze verzekerden tijdig optimale zorg ontvangen. Om dit te bewerkstelligen is het noodzakelijk dat zorgaanbieders de zorg binnen de Treeknormen of NVRO normen verlenen. Instellingen zorgen ervoor dat de wachttijden inzichtelijk zijn. Wanneer wachttijden transparant en up-to-date zijn, stelt dit onze verzekerden in staat een overwogen keuze te maken voor een zorgaanbieder. Wij monitoren de wachttijden actief en vragen de zorgaanbieders, waar nodig, om concrete acties om de wachttijden terug te dringen.

Eno zet in op zorgbemiddeling via onze ZorgGids. Wanneer de wachttijden de Treeknormen of NVRO normen overschrijden en een verzekerde zich bij ons meldt, zetten wij ons in om de verzekerde naar een andere gecontracteerde zorgaanbieder te bemiddelen.

Bij een acute zorgvraag is het van groot belang dat de patiënt snel geholpen wordt. Ziekenhuizen dienen er zorg voor te dragen dat de geldende normen voor de tijdigheid van acute zorg worden nageleefd. Hierbij moet rekening worden gehouden met de spreiding en het aanbod van de zorg.

7.2 Kwaliteitsbeleid

Wij gaan er vanuit dat instellingen die MSZ leveren aan onderstaande kwaliteitseisen voldoen. Dit kwaliteitsbeleid is daarom vast onderdeel van onze zorgovereenkomst.

Hieronder worden eerst de algemene kwaliteitseisen genoemd, daarna volgen nog een aantal aanvullende eisen voor specifieke soorten instellingen.

Algemene kwaliteitseisen:

- De instelling voldoet aan alle wet- en regelgeving en de daaruit voortkomende beleidsregels over het verlenen en declareren van de zorg;
- Alle geleverde zorg voldoet tenminste aan de laatste (landelijke) standaarden, richtlijnen en normen van de beroepsgroep, aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en is in lijn met de standpunten van Zorginstituut Nederland;
- Wij hanteren de landelijk vastgestelde minimum kwaliteitsnormen van de beroepsverenigingen;
- Het volledige medische personeel van de instelling beschikt over een BIG-registratie, waarvan de medisch specialisten zijn geregistreerd in het specialistenregister van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC);
- De instelling beschikt over een geaccrediteerd/ gecertificeerd Veiligheidsmanagement Systeem (VMS);
- De instelling beschikt over een aantoonbaar kwaliteitskeurmerk/accreditatie en handelt hier ook naar;
- De instelling neemt deel aan alle verplichte landelijke kwaliteitsregistraties en stelt de resultaten beschikbaar;
- De instelling onderzoekt met regelmaat de patiënttevredenheid middels een gevalideerde vragenlijst;
- De instelling levert elk kwartaal informatie aan over het verbruik en de prognose om de financiële afspraken te monitoren;
- Instellingen handelen volgens de programma's 'Doen of laten', 'Verstandige keuzes' en 'Zorgevaluatie & Gepast gebruik' in het kader van gepast gebruik/doelmatige zorg.

Aanvullende kwaliteitseisen ZBC's:

- De ZBC heeft een goede schriftelijk aantoonbare achterwachtregeling, respectievelijk een samenwerkingsverband met een nabijgelegen ziekenhuis voor onder andere de opvang van patiënten met complicaties;
- Er vindt intercollegiale toetsing en visitatie door beroepsverenigingen plaats en er is structureel intercollegiaal overleg over de patiëntenzorg;
- De ZBC biedt laagcomplexere zorg met een hoog volume. Invasieve behandelingen worden alleen toegestaan voor patiënten met een ASA-classificatie van 2 of lager.

Dialysecentra:

- Dialysecentra beschikken over HKZ-certificering;
- Dialysecentra informeren alle nieuwe patiënten, voorafgaand aan de niervervangende therapie die zij bieden, volledig over alle mogelijke behandelopties zoals transplantatie, hemodialyse en peritoneaaldialyse, thuis of in een centrum.

Eerstelijns diagnostische centra:

- Het eerstelijns diagnostisch centrum (EDC) volgt specifiek de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken 'Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek', waaronder het hanteren van een probleem-georiënteerd aanvraagformulier;
- Het EDC is zelf verantwoordelijk voor de patiëntveiligheid;
- Het EDC heeft de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de diverse voorzieningen geborgd, evenals de tijd waarbinnen de uitslag wordt gecommuniceerd;
- Het EDC beschikt over een elektronisch laboratoriumdossier en sluit aan op ZorgDomein;
- Het EDC legt in een plan van aanpak vast hoe zij aanvragers via Diagnostisch Toetsoverleg (DTO), scholing, terugkoppeling en adviezen tot rationeel aanvraaggedrag kan brengen;
- Het EDC beschikt over een aantoonbaar kwaliteitskeurmerk/accreditatie (CCKL of ISO 15189:2012) en handelt hier naar.

Trombosediensten:

- De trombosedienst is lid van de branchevereniging (FNT);
- De trombosedienst beschikt over een aantoonbaar kwaliteitskeurmerk/accreditatie (CCKL of ISO 15189:2012) en handelt hier naar.

Audiologische centra:

- Het audiologisch centrum voldoet aan het veiligheidsbeleid van de FENAC.

Medisch specialistische revalidatiecentra:

- De instelling stimuleert, aantoonbaar, de verkorting van langdurige behandeltrajecten naar (intensievere) kortdurende behandelingen;
- De kwaliteitscriteria, door de beroepsgroep/VRA vastgesteld in de behandelkaders voor specifieke doelgroepen, worden gehanteerd: <https://revalidatiegeneeskunde.nl/behandelkaders>;
- De kwaliteitscriteria, geformuleerd in de Werkwijzer medisch specialistische revalidatie, Handreiking bij de kwaliteitsbeoordeling van de Werkgroep Revalidatie VAGZ (1-4-2018), zijn van toepassing: <https://www.vagz.nl/documents.php>.

7.3 Procedure en planning zorginkoop

Wanneer komt u in aanmerking voor een contract? Ten aanzien van de zorginkoop van bestaande en mogelijk nieuw te contracteren aanbieders wordt kritisch gekeken naar de goede balans tussen het huidige zorgaanbod, de behoeften van verzekerden, kwaliteit van zorg en een goede prijs/kwaliteit verhouding.

MSZ-instellingen komen bij Eno in aanmerking voor een contract wanneer zij voldoen aan de volgende eisen:

- De instelling voldoet aan de kwaliteitseisen zoals eerder omschreven;
- De instelling conformeert zich aan de overige uitgangspunten van dit zorginkoopbeleid;
- De instelling beschikt over een WTZi-toelating;
- In de instelling is minimaal 2,0 fte aan BIG-geregistreerde medisch specialisten werkzaam.
- De instelling is minimaal twee jaar volwaardig in bedrijf;
- De instelling dient de prijsofferte in via het VECOZO Zorginkoopportaal;
- De instelling declareert elektronisch via VECOZO.

Aanbieders die nu geen contract met Eno hebben en hiervoor graag in aanmerking willen komen, kunnen zich tot 1 juni 2020 melden via contractbeheer@eno.nl.

Declaraties worden digitaal ingediend via VECOZO volgens de regels en instructies die gelden voor het declareren van de DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Indien een andere instelling zorgactiviteiten uitvoert, wordt dit tussen de instellingen onderling verrekend in het kader van wederzijdse dienstverlening en niet apart gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Dit geldt ook voor zorgactiviteiten omtrent diagnostiek.

Wijze van contractering

Voor 2021 zet Eno in op het maken van financiële afspraken met instellingen voor MSZ, waarbij de focus ligt op een reëel volume bij een goede prijs/kwaliteit-verhouding. Vanwege de doorleverplicht die we afspreken met zorgaanbieders, verwachten wij dat zorgaanbieders zich inspannen om binnen de gemaakte volumeafspraken te blijven. Het doel is om toe te werken naar inkoop van de juiste zorg, op de juiste plek en op het juiste moment (gepast gebruik). Hierbij kijken we naar het profiel van de instelling, de ontwikkeling van de instelling in de afgelopen jaren en naar kansen voor ontwikkeling in de komende jaren.

Voor de contractering maken wij onderscheid tussen instellingen die we middels maatwerkafspraken contracteren en instellingen die wij middels een gestandaardiseerd inkoopproces contracteren. Dit onderscheid maken wij op basis van onder andere de behoeften van onze verzekerden, ons marktaandeel bij de zorgaanbieder en de regio waarin de zorgaanbieder gevestigd is. Uiterlijk 1 juli 2020 stellen wij u op de hoogte van het contracteerproces dat wij met u willen doorlopen. We zien mogelijkheden voor een meerjarenafpraak daar waar dit voordelen biedt voor zowel zorgaanbieder als voor ons.

Met MSZ- aanbieders in het buitenland maken wij geen afspraken.

Als uitgangspunt bij het zorginkoopproces volgt Eno de bepalingen van de Good Contracting Practices van de NZa. Wij stemmen de wijze van contractering af op de specifieke markt van instellingen voor MSZ. We volgen voor 2021 de algemene uniforme bepalingen opgesteld door ZN, NFU, NVZ en ZKN. Voor de verzekerden is het van groot belang om tijdig inzicht te hebben in welke zorgaanbieders voor 2021 gecontracteerd zijn. Zij moeten, mede op basis van deze

informatie, de mogelijkheid hebben om een beslissing te nemen over het al dan niet wisselen van zorgverzekeraar. Eno streeft ernaar om alle afspraken voor 2021 te maken voor 10 november 2020.

Hieronder staan de data van het zorginkoopproces.

Fase	Datum/Periode
Publicatie zorginkoopbeleid 2021 op www.eno.nl	1 april 2020
Uiterlijke aanmelddatum voor zorgaanbieders die per 2021 een overeenkomst met ons willen	1 juni 2020
Publicatie aanvullend zorginkoopbeleid (indien van toepassing)	1 juli 2020
Informeren zorgaanbieders, waarmee wij nu een overeenkomst hebben, over het contracteerproces 2021, met bijbehorende tijdslijnen	1 juli 2020
Overeenstemming bereikt over de financiële afspraak	10 november 2020
Publicatie van gecontracteerde zorgaanbieders op de websites van de verschillende zorgverzekeringsmerken van Eno	12 november 2020

7.4 Wijzigingen ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020

In dit zorginkoopbeleid MSZ 2021 zijn de volgende wijzigingen aangebracht ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020:

- Eno koopt de zorg in 2021 zelfstandig in;
- Het zorginkoopbeleid van ziekenhuizen, ZBC's en categorale instellingen is samengevoegd.
- Het afspreken van een doorleverplicht voor instellingen met een beheerste afspraak is expliciet benoemd;
- De wijze van contractering is opgenomen in het hoofdstuk 'Procedure en planning van zorginkoop' (dit was voorheen de paragraaf 'Marktconforme prijs en reëel volume');
- De mogelijkheid tot een meerjarenafpraak is benoemd;
- Er is benoemd dat wij geen afspraken maken met aanbieders van MSZ in het buitenland;
- Er is een paragraaf opgenomen over het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik;
- De transformatiegelden zijn benoemd en hierbij is aangegeven dat zorgaanbieders hiervoor een projectplan kunnen indienen;
- In de paragraaf 'Integrale zorg' zijn de principes van stepped care en matched care als uitgangspunt opgenomen. Stepped care was voorheen opgenomen in het inkoopbeleid Audiologische centra;
- In de paragraaf 'Integrale zorg' is integrale geboortezorg niet meer apart benoemd;
- Het vergoedingsproces van nieuwe add-on geneesmiddelen en nieuwe indicaties bij bestaande add-on geneesmiddelen is aangevuld;
- Het kwaliteitsbeleid is samengevoegd en opnieuw beoordeeld. Een aantal criteria is gewijzigd;
- In de paragraaf 'Tijdige zorg' zijn het monitoren van wachttijden, zorgbemiddeling en het voldoen aan de geldende normen voor tijdigheid van acute zorg opgenomen;
- De voorwaarden om in aanmerking te komen voor een contract zijn uitgebreid en zijn nu gelijk voor alle instellingen die MSZ bieden;
- De uiterste aanmelddatum voor aanbieders die nog geen contract met ons hebben en hier wel voor in aanmerking willen komen is opgenomen;
- De paragraaf over protonencentra, die opgenomen was in het inkoopbeleid Radiotherapie, is niet meer apart opgenomen.

8 Paramedische zorg

Met het zorginkoopbeleid Paramedische zorg 2021 informeren wij u over de uitgangspunten die we hanteren bij de inkoop van Paramedische zorg, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

8.1 Uitgangspunten inkoop 2021

Een sterke eerstelijns is van groot belang. Binnen de eerstelijns zijn de paramedische disciplines, ieder vanuit hun eigen professionele taakgebied, direct betrokken bij zorgverlening aan onze verzekerden. De toegevoegde waarde van paramedische zorg in de eerste lijn zien we onder andere terug in de goede toegankelijkheid van zorg in de buurt, zelfzorgondersteuning en het, waar mogelijk, voorkomen van duurdere tweedelijnszorg. Daarnaast draagt het paramedisch vakgebied in de eerste lijn bij aan het beantwoorden van multidisciplinaire zorgvragen en de beïnvloeding van 'contextfactoren', zoals de leefstijl en de sociaal-maatschappelijke situatie van een patiënt.

Hierbij is het uitgangspunt dat onze verzekerden de regie voeren over hun eigen leven, gezondheid en zorg. Niet de ziekte of aandoening van onze verzekerde staat centraal, maar iemands mogelijkheden, ervaren gezondheid en eigen wensen voor de te behalen kwaliteit van leven. Zelfmanagement neemt daarbij een belangrijke plaats in en wij zien voor paramedische zorgverleners een belangrijke rol weggelegd om onze verzekerden hierbij te helpen en te faciliteren. Niet op elke behoefte van mensen past een medisch antwoord. De dialoog tussen u en onze verzekerden is hierbij cruciaal. Samen met onze verzekerden bepaalt u wat in het individuele geval het meest passende antwoord op een hulpvraag is. Het zorgbeleid is er de afgelopen jaren steeds meer op gericht om de zorg zo dicht mogelijk in de buurt van mensen te organiseren, zodat mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen functioneren. Hierdoor wonen meer kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag thuis. De zorgvraag die door deze ontwikkeling op de eerstelijns afkomt, neemt toe. Ook zal de zorgvraag de komende jaren flink blijven groeien door toenemende vergrijzing en toename van het aantal mensen met een chronische aandoening. Om deze mensen optimaal te bedienen, zijn meer disciplines nodig. Multidisciplinair samenwerken wordt daarom steeds noodzakelijker.

Paramedische zorg moet zorg van hoge kwaliteit zijn, die dicht bij onze verzekerden wordt georganiseerd en laagdrempelig en breed toegankelijk is. Goed ingerichte eerstelijns paramedische zorg kan in een groot deel van de zorgbehoefte van onze verzekerden voorzien en daarmee de aanspraak op duurdere tweedelijnszorg beperken. Daarom vinden wij het van belang dat de eerstelijns zich samen met ons verder ontwikkelt en versterkt om meer van de toenemende zorgvraag op te vangen, een effectievere rol te spelen bij het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de geleverde zorg, onze verzekerden thuis of in de wijk te bedienen van de meest passende zorg en de zorgkosten te beheersen. Een brede, goed functionerende samenwerking in de wijk, dicht bij onze verzekerden, is hierbij essentieel. Deze samenwerking strekt zich niet enkel uit binnen het medische domein, maar ook voor een belangrijk deel tussen zorg- en welzijnsdomein. Eno wil daarom samen met u verkennen waar mogelijkheden liggen om te investeren in preventie en welzijn.

Om u stabiliteit te geven in uw praktijkvoering is ons zorginkoopbeleid Paramedische zorg 2021 in de kern een continuering van het beleid van de afgelopen jaren.

8.2 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

In onderstaande tabel staan de verschillende eisen genoemd waar zorgaanbieders aan moeten voldoen om in aanmerking te kunnen komen voor een overeenkomst. De generieke minimeisen gelden voor alle paramedische beroepsgroepen.

Zorgaanbieders	Basiseisen 2021
Generieke basiseisen voor alle paramedische zorgaanbieders:	U voldoet aan alle wet- en regelgeving en de daaruit voortvloeiende beleidsregels inzake het verlenen en declareren van de zorg. U beschikt over een praktijk(ruimte) die voldoet aan de door de beroepsvereniging gestelde inrichtingseisen. U handelt conform de richtlijnen en protocollen van de relevante beroepsvereniging(en). De verzekerde kan binnen vijf werkdagen terecht voor een eerste behandeling. Uw praktijk heeft een eigen website met daarop ten minste de namen van de zorgaanbieders die bij uw praktijk werken, het praktijkadres, het telefoonnummer met tijden waarop uw praktijk bereikbaar is (alle werkdagen), de openingstijden van de praktijk, de geboden verbijzonderingen (indien van toepassing) en de klachtenregeling. Uw praktijk werkt met een elektronisch patiëntendossier, waarmee voldaan kan worden aan de richtlijn dossiervorming van de beroepsvereniging. U declareert digitaal via VECOZO. U beschikt over een certificaat en de juiste autorisatie voor het VECOZO Zorginkoopportaal,
Specifieke basiseisen en bijzonderheden per paramedische beroepsgroep:	
<i>Diëtetiek</i>	- U bent kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici. Bijzonderheden: - Eno koopt diëtetiek bij de ziekte van Parkinson selectief in bij diëtisten die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. - Diëtetiek als onderdeel van gecoördineerde, multidisciplinaire zorg (ketenzorg) wordt alleen vergoed aan diëtisten die aangesloten zijn bij een aanbieder van multidisciplinaire ketenzorg en kan worden gedeclareerd via het zogenaamde koptarief (6300-code). Het gaat hier om zorg bij chronisch obstructieve longziekte, Diabetes

Mellitus type 2 en/of met een verhoogd cardiovasculair risico.

Ergotherapie

- U bent kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Specialistische ergotherapie wordt verleend door een ergotherapeut die voor de desbetreffende specialisatie kwaliteitsgeregistreerd is in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Bijzonderheden:

- Eno koopt ergotherapie bij de ziekte van Parkinson selectief in bij ergotherapeuten die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

Fysiotherapie

- U bent BIG-geregistreerd.
- U bent geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.
- Verbijzonderde fysiotherapie wordt verleend door een fysiotherapeut die voor de desbetreffende verbijzondering is geregistreerd in Vektis en het deelregister of aantekeningregister van het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Bijzonderheden:

- Voor fysiotherapie maken wij gedifferentieerde afspraken met praktijken. De voorwaarden die we daarbij hanteren, vindt verderop in dit hoofdstuk.
- Eno koopt fysiotherapie bij de ziekte van Parkinson selectief in bij fysiotherapeuten die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.
- Eno koopt fysiotherapie bij claudicatio intermittens selectief in bij fysiotherapeuten die zijn aangesloten bij Chronisch ZorgNet.

Huidtherapie

- U bent kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Logopedie

- U bent kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Verbijzonderde logopedie wordt verleend door een logopedist die voor de desbetreffende verbijzondering is geregistreerd in Vektis en kwaliteitsgeregistreerd is in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Bijzonderheden:

- Voor logopedie maken wij gedifferentieerde afspraken met praktijken. De voorwaarden die we daarbij hanteren, vindt u verderop in dit hoofdstuk.

	- Eno koopt logopedie bij de ziekte van Parkinson selectief in bij logopedisten die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.
<i>Oefentherapie</i>	- U bent kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
	- Verbijzonderde oefentherapie wordt verleend door een oefentherapeut die voor de desbetreffende verbijzondering is geregistreerd in Vektis en kwaliteitsgeregistreerd is in het Kwaliteitsregister Paramedici.
	Bijzonderheden:
	- Eno koopt oefentherapie bij de ziekte van Parkinson selectief in bij oefentherapeuten die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.
	- Eno koopt oefentherapie bij claudicatio intermittens selectief in bij oefentherapeuten die zijn aangesloten bij Chronisch ZorgNet.
<i>Podotherapie/voetzorg voor diabetici</i>	- U bent kwaliteitsgeregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
	Bijzonderheden:
	- Indien u (een deel van) de zorg uitbesteed aan (medisch) pedicures, moet u een samenwerkingsovereenkomst hebben tussen u en de desbetreffende (medisch) pedicure.

8.3 Inkoop en contractvormen

Binnen paramedische zorg hanteert Eno contracten voor eerstelijns diëtetiek, -ergotherapie, -fysiotherapie, -huidtherapie, -logopedie, -oefentherapie en podotherapie (voetzorg bij Diabetes Mellitus) bij vrijgevestigde zorgaanbieders en contracten voor eerstelijns paramedische zorg in instellingen en ziekenhuizen. Deze contracten sluiten wij af met vrijgevestigde praktijken, respectievelijk instellingen en ziekenhuizen.

Wij streven in de basis een brede contractering na, waarbij er voldoende zorg van goede kwaliteit dichtbij onze verzekerden beschikbaar moet zijn. De zorgovereenkomsten worden door Eno digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO aangeboden. Wij hanteren standaardovereenkomsten. De overeenkomsten voor fysiotherapie en logopedie hebben een looptijd van één kalenderjaar en zijn geldig tot en met 31 december 2021. De overeenkomsten voor diëtetiek, ergotherapie, huidtherapie, oefentherapie, podotherapie en paramedische zorg in instellingen en ziekenhuizen hebben een looptijd van twee kalenderjaren en zijn geldig tot en met 31 december 2022.

Wij bieden zorgaanbieders die in 2020 een zorgovereenkomst van Eno of VRZ Zorginkoop aangeboden hebben gekregen, voor 2021 opnieuw een zorgovereenkomst aan. Uitzonderingen hierop zijn:

- Zorgaanbieders die zelf hebben aangegeven geen overeenkomst te willen met Eno of VRZ Zorginkoop;
- Zorgaanbieders waarmee wij in bijzondere gevallen hebben afgesproken geen overeenkomst voor 2021 aan te gaan.

Nieuwe toetreders kunnen onder vermelding van de AGB-code een overeenkomst aanvragen. Onder nieuwe toetreders verstaan wij zorgaanbieders die nooit eerder, of meer dan één jaar geleden voor het laatst een zorgovereenkomst met Eno of VRZ Zorginkoop hebben gesloten of aangeboden hebben gekregen, en voldoen aan de gestelde minimale eisen. Overeenkomsten die gedurende het kalenderjaar worden aangevraagd gaan in op de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de overeenkomst is aangevraagd.

8.3.1 Paramedische zorg bij vrijgevestigde zorgaanbieders

De overeenkomsten sluiten wij af met praktijken voor paramedische zorg. Eno past bij de contractering van fysiotherapie en logopedie contract- en tariefdifferentiatie toe, waarbij kwaliteits- en service-elementen mede bepalend zijn voor het soort contract en de daarbij behorende tarieven die wij bieden. Wij doen dit om praktijken te belonen die zich aantoonbaar inspannen om meer en/of betere kwaliteit van zorg en services te bieden voor onze verzekerden. Op deze manier willen wij u stimuleren om te investeren in een continue verbetering van kwaliteit en service van paramedische zorg.

Eno koopt in 2021 de zorg bij de ziekte van Parkinson en claudicatio intermittens in bij zorgaanbieders die zijn aangesloten bij ParkinsonNet respectievelijk Chronisch ZorgNet. Wij geloven dat het inkopen van zorg bij gespecialiseerde zorgaanbieders, die specifiek zijn opgeleid om bij genoemde aandoeningen deskundige begeleiding en zorg te leveren en in netwerken multidisciplinair samenwerken, ons helpt bij ons streven om zo veel als mogelijk kwalitatief verantwoorde, effectieve en passende paramedische zorg voor onze verzekerden aan te bieden.

8.3.2 Contractdifferentiatie fysiotherapie

Wij hanteren in 2021 drie contracttypen voor fysiotherapie. Met behulp van contractdifferentiatie belonen wij zorgaanbieders die zich aantoonbaar inspannen voor het bieden van (aanvullende) kwaliteit, diensten en services en doelmatige zorg. Ons differentiatiemodel is gebouwd op drie pijlers:

- Kwaliteit;
- Doelmatigheid;
- Verantwoorde bedrijfsvoering.

Deze drie pijlers vertalen wij naar voorwaarden die per contracttype kunnen verschillen. Deze voorwaarden gelden aanvullend op de basiseisen zoals in dit hoofdstuk beschreven.

1. Verbijzonderde zorg

Wij zien toegevoegde waarde in fysiotherapeuten met een verbijzondering binnen een praktijk. Wij zijn van mening dat fysiotherapeuten die zich verder hebben gespecialiseerd in een specifiek deelgebied van de fysiotherapie onze verzekerden bij die specifieke klachten gericht en efficiënter kunnen helpen. Daarnaast zien wij meerwaarde in de mogelijkheid om gemakkelijker intercollegiaal overleg te voeren en onderling door te verwijzen. Hierdoor kunnen verzekerden meer binnen de praktijk worden geholpen, zonder dat men naar een andere praktijk hoeft.

Het betreft hier de door de beroepsvereniging erkende verbijzonderingen, die zichtbaar zijn in Vektis en waarvoor desbetreffende zorgverlener staat geregistreerd in het deelregister of aantekeningenregister van het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Eno erkent de volgende specialisaties: manueel therapeut, kindfysiotherapeut, oedeemfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, sportfysiotherapeut, arbeidsfysiotherapeut, orofaciaal fysiotherapeut en oncologiefysiotherapeut.

Bij de aantallen en percentages in onderstaande tabel gaat het hier om aantallen in de praktijk werkzame fysiotherapeuten.

A-praktijken

B-praktijken

C-praktijken

Geen aanvullende eisen.	Tenminste <u>30 procent</u> van de fysiotherapeuten biedt verbijzonderde fysiotherapie, <u>of</u> er worden binnen de praktijk minimaal <u>twee</u> verschillende verbijzonderde soorten fysiotherapie aangeboden*.	Tenminste <u>50 procent</u> van de fysiotherapeuten biedt verbijzonderde fysiotherapie, <u>of</u> er worden binnen de praktijk minimaal <u>drie</u> verschillende verbijzonderde soorten fysiotherapie aangeboden*.
-------------------------	---	---

* De verschillende verbijzonderingen kunnen binnen één fysiotherapeut belegd zijn.

2. Openingstijden

Wij zien (ruime) openingstijden als een service voor onze verzekerden waarvoor de zorg wordt ingekocht. Een dagdeel is hierbij een periode van ten minste drie aaneengesloten uren.

A-praktijken

B-praktijken

C-praktijken

Geen aanvullende eisen.	De praktijk is per week 2 dagdelen 's avonds en/of in het weekend geopend.	De praktijk is per week 2 dagdelen 's avonds en/of in het weekend geopend.
-------------------------	--	--

3. Klantervaringsonderzoek

Wij vinden het van toegevoegde waarde als u de ervaringen van uw cliënten betreft in de kwaliteitscyclus van uw praktijk. De zorgverlening kan daardoor (nog) beter aansluiten op de zorgvraag en wensen van onze verzekerden. Het klantervaringsonderzoek levert op objectieve wijze inzicht in de ervaringen van onze verzekerden.

A-praktijken

B-praktijken

C-praktijken

Geen aanvullende eisen.	Het klantervaringsonderzoek wordt ingezet ter verbetering van de kwaliteit van zorg en dienstverlening van de praktijk. Dit blijkt uit het kwaliteitsverslag.	Het klantervaringsonderzoek wordt ingezet ter verbetering van de kwaliteit van zorg en dienstverlening van de praktijk. Dit wordt gedaan middels de PDCA-cyclus en blijkt uit het kwaliteitsverslag.
-------------------------	---	--

4. Multidisciplinaire samenwerking

Wij zien voor onze verzekerden een meerwaarde in een aanbod van zorg vanuit een multidisciplinaire benadering. Dat geldt zeker wanneer het gaat om verzekerden met complexe zorgvragen. Wij zijn ervan overtuigd dat wanneer multidisciplinair behandeld wordt, de zorg passend, efficiënt en op het juiste moment geboden kan worden. Vertrekpunt is dat de juiste zorg op de juiste plek wordt aangeboden. Het gaat dan om het voorkomen van

(duurdere) zorg (substitutie) en verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis). In sommige situaties kan de fysiotherapeut hieraan bijdragen.

Voorbeelden van multidisciplinaire samenwerking: aansluiting bij een multidisciplinair netwerk (zoals ParkinsonNet) of deelnemer in een multidisciplinair samenwerkingsverband op wijk- of regioniveau. Een IOF- of ander monodisciplinair samenwerkingsverband valt hier niet onder. Bij substitutie doelen wij op afspraken tussen fysiotherapeut en huisarts of tussen fysiotherapeut en ziekenhuis, gericht op de behandeling van een bepaalde categorie patiënten. Doel van de afspraken kan daarbij zijn: zorg voor de patiënt dichterbij organiseren of zorg goedkoper organiseren. De afspraken moeten aantoonbaar dan wel aannemelijk leiden tot substitutie van zorg. De afspraken zijn schriftelijk vastgelegd.

A-praktijken

B-praktijken

C-praktijken

Geen aanvullende eisen.	Geïmplementeerde samenwerkingsafspraken met ten minste 1 andere discipline. De afspraken zijn schriftelijk vastgelegd.	Geïmplementeerde samenwerkingsafspraken met ten minste 1 andere discipline. De afspraken moeten aantoonbaar dan wel aannemelijk leiden tot substitutie van zorg. De afspraken zijn schriftelijk vastgelegd.
-------------------------	--	---

5. Praktijkcertificering

Eno ziet toegevoegde waarde in praktijkcertificering. De certificering vormt de randvoorwaarde voor het leveren van een verantwoorde, doelmatige en veilige praktijkvoering. Eno erkent de volgende certificaten:

- HKZ-certificaat voor 'Extramurale Fysiotherapiepraktijken' of 'Kleine Organisaties', afgegeven door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector;
- Praktijkregistratie in het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie;
- NEN-EN 15224.

Het praktijkcertificaat borgt dat praktijken bezig zijn met:

- Opzetten van meerjarig kwaliteitsbeleid;
- Interne audit en managementreview;
- Kwaliteit van professioneel handelen;
- Kwaliteit van de dossiervorming;
- Verbeteren op basis van uitkomsten (PDCA-cyclus);
- Verbeteren van de doelmatigheid;
- Het hanteren van een zorgvuldig personeelsbeleid;
- Omgang met risico's in de praktijk;
- Samenwerking met belangrijke partners.

De toets vindt plaats door een onafhankelijke organisatie en is verifieerbaar voor Eno. Hierin onderscheiden bovengenoemde door Eno erkende certificaten zich van andere kwaliteitssystemen binnen de fysiotherapie.

A-praktijken

B-praktijken

C-praktijken

Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	Ja.
----------------------	----------------------	-----

6. Hbo Master of science

Binnen de praktijk heeft tenminste één fysiotherapeut de titel Hbo Master of Science, dan wel de titel MSc Fysiotherapiewetenschappen. Fysiotherapeuten met deze titels zijn extra opgeleid in het beschrijven, analyseren en behandelen van gezondheidsproblemen vanuit een visie op gezondheid en ziekte waarin niet alleen aandacht is voor biomedische aspecten, maar ook voor psychologische en sociale factoren die mede bepalend zijn voor ziekte en het genezingsproces. Deze fysiotherapeuten beschikken over een hoog niveau in rationeel, evidence-based klinisch redeneren en klinisch beslissen. Wij zien een rol voor deze fysiotherapeut als initiator en implementator van vernieuwingen en verbeteringen in de processen binnen de fysiotherapiepraktijk, zowel zorginhoudelijk als organisatie-technisch. Daarmee leveren deze fysiotherapeuten een extra bijdrage aan de borging en het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid binnen de praktijk.

A-praktijken

B-praktijken

C-praktijken

Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	Ja.
----------------------	----------------------	-----

8.3.3 Samenvatting contractdifferentiatie model fysiotherapie

In onderstaande tabel staan de diverse voorwaarden binnen het contractdifferentiatie model voor fysiotherapie samengevat weergegeven. Voor de leesbaarheid zijn aanvullende voorwaarden en toelichtingen hier achterwege gelaten. Deze zijn uiteraard wel van toepassing.

Criterium	A-praktijken	B-praktijken	C-praktijken
Verbijzonderde zorg	Geen aanvullende eisen.	Tenminste 30 procent van de fysiotherapeuten biedt verbijzonderde fysiotherapie, of er worden binnen de praktijk minimaal twee verschillende verbijzonderde soorten fysiotherapie aangeboden.	Tenminste 50 procent van de fysiotherapeuten biedt verbijzonderde fysiotherapie, of er worden binnen de praktijk minimaal drie verschillende verbijzonderde soorten fysiotherapie aangeboden.
Openingstijden (1 dagdeel = ten minste 3 uur aaneengesloten)	Geen aanvullende eisen.	De praktijk is per week 2 dagdelen 's avonds en/of in het weekend geopend.	De praktijk is per week 2 dagdelen 's avonds en/of in het weekend geopend.

Klantervarings-onderzoek	Geen aanvullende eisen.	Het klantervaringsonderzoek wordt ingezet ter verbetering van de kwaliteit van zorg en dienstverlening van de praktijk. Dit blijkt uit het kwaliteitsverslag.	Het klantervaringsonderzoek wordt ingezet ter verbetering van de kwaliteit van zorg en dienstverlening van de praktijk. Dit wordt gedaan middels de PDCA-cyclus en blijkt uit het kwaliteitsverslag.
Multidisciplinaire samenwerking	Geen aanvullende eisen.	Geïmplementeerde samenwerkingsafspraken met ten minste 1 andere discipline. De afspraken zijn schriftelijk vastgelegd.	Geïmplementeerde samenwerkingsafspraken met ten minste 1 andere discipline. De afspraken moeten aantoonbaar dan wel aannemelijk leiden tot substitutie van zorg. De afspraken zijn schriftelijk vastgelegd.
Praktijkcertificering	Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	Ja.
Hbo Master of science	Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	Ja.

8.3.4 Behandelindex fysiotherapie

De behandelindex geeft inzicht in de mate waarin het gemiddeld aantal behandelingen van een fysiotherapiepraktijk zich verhoudt tot het gemiddeld aantal behandelingen van alle fysiotherapiepraktijken met een gelijksoortige patiëntenpopulatie. De behandelindex brengt hiermee praktijkvariatie in beeld en geeft dus een indicatie van de cijfermatige doelmatigheid van de geleverde zorg van een praktijk ten opzichte van andere praktijken. Bij het bepalen van de behandelindex wordt rekening gehouden met een aantal populatiekenmerken waar een praktijk geen directe invloed op heeft, zoals de leeftijd, de aandoening en de verzekeringsgrondslag van de patiëntenpopulatie die in een praktijk wordt behandeld.

In aansluiting op afspraken in het Hoofdlijnenakkoord 2017-2018 hebben zorgverzekeraars zich samen met Vektis ingespannen om te komen tot één landelijke behandelindex per praktijk, gebaseerd op de declaratiegegevens van CZ, De Friesland, Eno, Menzis, VGZ, Zilveren Kruis en Zorg & Zekerheid. Doordat de behandelindex op declaratiegegevens wordt gebaseerd van vrijwel alle zorgverzekeraars, wordt het indexcijfer veel minder beïnvloed door één of enkele verzekerde(n) met een grote of juist lage zorgbehoefte. Daarnaast wordt het door de grote hoeveelheid aan declaratiegegevens mogelijk om te kunnen corrigeren voor meer populatiekenmerken waar u als praktijk geen directe invloed op heeft. Deze factoren zorgen ervoor dat de behandelindex betrouwbaarder is.

Vanaf juni 2019 is spiegelinformatie van uw praktijk voor u beschikbaar. Onderdeel van de spiegelinformatie is de landelijke behandelindex. U kunt de spiegelinformatie voor uw praktijk, waaronder de landelijke behandelindex, downloaden via <https://spiegelinformatiefysio.nl>. Hier vindt u ook meer informatie over de manier waarop de spiegelinformatie en de landelijke behandelindex worden bepaald. Als er voor uw fysiotherapiepraktijk 30 of minder

unieke patiënten beschikbaar zijn voor de berekening van de behandelindex, is voor uw praktijk geen spiegelinformatie en behandelindex beschikbaar.

Eno heeft de wettelijke plicht om toe te zien op een doelmatige inzet van zorg. De behandelindex is echter niet bepalend voor het contracttype waar u maximaal voor in aanmerking kunt komen. Wel verwachten wij van u een inspanningsverplichting om de maximale norm van de behandelindex, die wij passend vinden bij de klasse die in 2021 voor u van toepassing is, niet te overschrijden. Als uw behandelindex van 2019 en/of 2020 150 of hoger is, gaan wij met u in gesprek over (on)doelmatigheid van zorg. Wij vragen u in dit geval om een toelichting op de hoogte van uw behandelindex. Het resultaat van deze dialoog zou kunnen zijn dat wij met u een verbetertraject afspreken waarin u de gelegenheid krijgt om de cijfermatige doelmatigheid van uw geleverde zorg te verbeteren. De uitkomst van dit verbetertraject wordt meegewogen bij de beoordeling ten behoeve van de contractering voor 2022. Als er voor uw fysiotherapiepraktijk 30 of minder unieke patiënten beschikbaar zijn voor de berekening van de behandelindex, is voor uw praktijk geen behandelindex beschikbaar. In dat geval moet sprake zijn van gepast gebruik. In onderstaande tabel is de maximale behandelindex weergegeven, die wij per contracttype passend vinden.

A-praktijken

B-praktijken

C-praktijken

≤ 150	≤ 120	≤ 110
-------	-------	-------

8.3.5 Contractdifferentiatie logopedie

Wij hanteren in 2021 twee contracttypen voor logopedie. Met behulp van contractdifferentiatie belonen we zorgaanbieders voor de inzet van de Kwaliteitstoets en/of Kwaliteitscyclus. De voorwaarde geldt aanvullend op de basiseisen zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven, waarbij de behaalde Kwaliteitstoets en/of Kwaliteitscyclus gedurende de gehele looptijd van de zorgovereenkomst 2021 geldig moet zijn.

A-praktijken

B-praktijken

Geen aanvullende eisen.	Kwaliteitstoets en/of Kwaliteitscyclus logopedie.
-------------------------	---

8.3.6 Eerstelijns paramedische zorg in instellingen en ziekenhuizen

In 2021 breidt Eno het aantal overeenkomsten voor eerstelijns paramedische zorg in instellingen en ziekenhuizen in principe niet verder uit. Wij zijn van mening dat er op dit moment voldoende eerstelijns zorg beschikbaar is bij vrijgevestigde zorgaanbieders. Zorgaanbieders die voor 2020 met VRZ Zorginkoop een zorgovereenkomst hebben gesloten, ontvangen van Eno een zorgovereenkomst voor 2021. Had u als instelling of ziekenhuis niet eerder, of voor het laatst in 2019 en/of eerder een overeenkomst met Eno, en wilt u toch een overeenkomst met ons sluiten, dan ontvangen wij graag een motivatie waarom deze overeenkomst meerwaarde biedt voor onze verzekerden. Als instelling of ziekenhuis die eerstelijns paramedische zorg aanbiedt, moet u aan de basiseisen voldoen zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven.

8.4 Wijzigingen ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020

In dit zorginkoopbeleid Paramedische zorg 2021 zijn de volgende wijzigingen aangebracht ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020:

2. Voor fysiotherapie vervalt de aanvullende minimumeis dat de verzekerde binnen drie werkdagen terecht kan voor een eerste behandeling;
3. De zorgovereenkomsten worden door Eno niet meer op papier, maar digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO aangeboden;
4. Voor diëtetiek, ergotherapie, huidtherapie, podotherapie en oefentherapie worden overeenkomsten met een looptijd van twee kalenderjaren aangeboden;
5. Versoepeling van criteria voor nieuwe toetreders;
6. Vereenvoudiging contractdifferentiatiemodel fysiotherapie: er worden voor 2021 drie contracttypen gehanteerd in plaats van vier;
7. Contractdifferentiatiemodel fysiotherapie: het criterium met betrekking tot een eerdere overeenkomst met Eno is komen te vervallen;
8. Contractdifferentiatiemodel fysiotherapie: het criterium 'HKZ-certificaat' is gewijzigd in 'Praktijkcertificering' en praktijkregistratie in het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie is hierbij toegevoegd als een door Eno erkend certificaat;
9. Contractdifferentiatiemodel logopedie: de Kwaliteitscyclus is als geldig criterium toegevoegd.

9 Hulpmiddelen

9.1 Uitgangspunten inkoop 2021

Met het zorginkoopbeleid Hulpmiddelen 2021 informeren wij u over de uitgangspunten die we hanteren bij de inkoop van hulpmiddelen, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1). Eno heeft als taak om voor onze verzekerden voldoende zorg in te kopen. Hierbij geldt dat de verzekerden keuzemogelijkheden hebben voor het verkrijgen van adequate, kwalitatief hoogwaardige, doelmatige en tijdig geleverde hulpmiddelenzorg.

Bij de inkoop van hulpmiddelen gaat het om hulpmiddelenzorg waar onze verzekerden in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of vanuit de aanvullende verzekering recht op hebben. Hulpmiddelenzorg staat veelal niet op zichzelf, maar vormt onderdeel van meerdere zorgsoorten waar een verzekerde gebruik van maakt. Wij zetten ons ervoor in dat hulpmiddelen passen bij de omstandigheden en zorgvraag van onze verzekerden. Daarbij anticiperen wij op zowel de maatschappelijke ontwikkelingen als de ontwikkelingen in de hulpmiddelenmarkt. Belangrijke ontwikkelingen zijn de groeiende populatie (kwetsbare) ouderen, chronisch zieken, de personeelstekorten in de zorg, het langer thuis wonen en zorg ontvangen en het terugdringen van de opnameduur in de tweede lijn.

Naast een passend hulpmiddel zijn kwaliteit en veiligheid belangrijke aspecten van goede hulpmiddelenzorg. Om de hulpmiddelenzorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden, maken wij afspraken met zorgaanbieders over een reële prijs voor een hulpmiddel, waarbij wij ons inspannen voor een passende verhouding tussen prijs en kwaliteit. Onze verzekerden hebben recht op een betrouwbaar en goed functionerend hulpmiddel dat hen ondersteunt in het dagelijks leven en daarmee de zelfredzaamheid behoudt of vergroot.

De inkoop van hulpmiddelen voor 2021 wordt door ons zelfstandig uitgevoerd. Het zorginkoopbeleid Hulpmiddelen 2021 heeft speciale aandacht voor de volgende onderwerpen:

- Therapeutisch elastische kousen;
- Inrichtingselementen;
- Pro- en orthesen.

Daarnaast is een belangrijk onderwerp in de hulpmiddelenzorg het terugdringen van administratieve lasten. Het afgelopen jaar is een proces van administratieve lastenverlichting ingezet en dit blijft een aandachtspunt. Het is van belang dat het ervaren van regeldruk voor professional én verzekerde in de zorg wordt verminderd. Eenheid van taal, het hanteren machtigingsvrije leveringen en het verduidelijken van afspraken die gemaakt worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat verzekerden sneller geholpen kunnen worden. In de reeks van mogelijkheden gaat onze aandacht uit naar het hanteren van bekostiging op basis van zorgzwaarte. Zorgaanbieders kunnen op basis van de in de branche gebruikelijke en vastgestelde protocollen snel inzichtelijk hebben onder welke voorwaarden zij machtigingsvrije zorg kunnen bieden en welke vergoeding hiervoor geldt.

Door uniformering van de overeenkomsten bieden wij zorgaanbieders zoveel als mogelijk dezelfde overeenkomst aan. Per jaar wordt op basis van de contracteergraad beoordeeld of voldoende zorg is ingekocht. Als dit het geval is, kan de

vergoeding aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders lager zijn dan aan gecontracteerde zorgaanbieders. Belangrijke gegevens voor dit besluit zijn onder andere de extra administratiekosten voor het uitvoeren van het machtigingenbeleid en binnen welke redelijke tijd en/of afstand een verzekerde naar een gecontracteerde zorgaanbieder kan.

9.2 Strategie

9.2.1 Speerpunten 2021

Voor de zorginkoop 2021 hebben wij speciale aandacht voor de volgende onderwerpen:

Therapeutisch elastische kousen

Sinds 2019 kunnen zorgaanbieders van therapeutisch elastische kousen (TEK) machtigingsvrij hun zorg aan onze verzekerden leveren door het vaststellen van een zorgzwaarte. Voor 2021 zijn we voornemens om een verdere aanpassing te realiseren in het gehanteerde model en de daarbij gehanteerde vergoedingen. Ook voor 2021 stellen we de zorgaanbieders in de gelegenheid om, in samenspraak met de verzekerde en de thuiszorg of wijkverpleegkundige, de zelfredzaamheid in stand te houden. De zorgaanbieder van TEK kan op basis van het type kous en de omstandigheden van de verzekerde bepalen welk aantrekhulpmiddel de gewenste oplossing kan bieden. We vinden het niet wenselijk dat het leveren van aantrekhulpmiddelen door derden plaatsvindt. De zorgaanbieder van TEK kan op basis van zijn expertise beoordelen of het aantrekhulpmiddel geschikt is in combinatie met de geleverde therapeutisch elastische kousen.

Inrichtingselementen

De groep verzekerden die aanspraak maakt op hulpmiddelenzorg bestaat voor een groot deel uit (kwetsbare) ouderen. Om het mogelijk te maken dat verzekerden langer thuis kunnen blijven wonen en zorg ontvangen, is de inzet van passende hulpmiddelen van belang. Het domein van de inrichtingselementen bevat een grote variëteit aan verschillende typen hulpmiddelen. Doorgaans worden deze verstrekt vanuit de Zvw, maar in sommige situaties moet de verzekerde aanspraak maken op de gemeente in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het is onze doelstelling om te zorgen voor de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Door de beperkte capaciteit van de Wlz (Wet langdurige zorg)-zorgaanbieders is opname niet altijd mogelijk en zal een steeds grotere groep (kwetsbare) ouderen langer thuis blijven wonen. De inzet van hulpmiddelen in het belang van de verzekerde met daarbij een tijdige en doelmatige manier van inzetten is steeds belangrijker.

In de komende periode gaan wij het gesprek aan met enkele zorgaanbieders om inzichtelijk te maken hoe wij de toegankelijkheid van passende hulpmiddelen en de dienstverlening rondom een hulpmiddel effectiever kunnen organiseren en waarborgen. Ook gaan wij het gesprek met zorgaanbieders aan over de mogelijkheden om het model van bekostiging aan te passen en beter aan te laten sluiten op de te leveren zorg.

Pro- en orthesen

In de voorgaande jaren is er voor pro- en orthesen een clustersystematiek op basis van zorgzwaarte afgesproken met de brancheorganisatie en diverse zorgaanbieders. We zijn ons ervan bewust dat het hanteren van een clustersystematiek periodiek onderhoud vereist. De zorg is altijd in beweging en nieuwe technieken doen hun intrede. Zo willen wij met enkele zorgaanbieders in gesprek om te bezien waar aanpassing van het clustermodel noodzakelijk is. Uitgangspunt moet zijn om de doelmatigheid op zowel administratief gebied als de inhoudelijke zorg voor verzekerde te verbeteren. Met de zorgaanbieders willen wij bezien of aanpassingen van de clusters en de bijbehorende vergoedingen mogelijk zijn.

Het domein van de pro- en orthesen kent voor sommige zorgaanbieders een samenloop met onze verzekerden die opgenomen zijn in een Wlz-instelling. Gelet op de bijbehorende administratie willen we onderzoeken of er mogelijkheden zijn om de administratieve werkzaamheden voor de zorgaanbieder te beperken.

9.2.2 Prijsbeleid

Eno voert een inkoop- en prijsbeleid dat ten goede komt aan de verzekerde. Uitgangspunt hierbij is adequate en doelmatige zorg voor onze verzekerden tegen een reële vergoeding. Wij zijn van mening dat er voor vergelijkbare producten en hulpmiddelen met dezelfde productkenmerken, eenzelfde vergoeding van toepassing moet zijn. In dergelijke gevallen stellen wij uniforme contracten op met identieke voorwaarden en prijsstelling voor de betreffende zorgaanbieders. Voor onze verzekerde is er zodoende geen financieel verschil in wettelijk en eventueel vrijwillig eigen risico en de eigen bijdrage. Hiermee sluiten wij productkeuzes ingegeven op merk en type hulpmiddel uit.

Ons prijsbeleid is ook gebaseerd op de dienstverlening van de zorgaanbieder waarvan de verzekerde het hulpmiddel ontvangt. Dienstverlening is een essentieel onderdeel van de overeenkomst die wij met de zorgaanbieder sluiten.

9.2.3 Minimumeisen

Voor de hulpmiddelenzorg hanteren wij een brede contractering. De zorgaanbieder dient in de eerste plaats te voldoen aan alle wet- en regelgeving en daaruit voortvloeiende beleidsregels inzake het verlenen en declareren van zorg.

Daarnaast zijn voor de zorgaanbieders verderop in dit hoofdstuk per onderwerp minimale kwaliteitseisen opgenomen.

Als de zorgaanbieder hieraan voldoet kan de zorgaanbieder een overeenkomst aanvragen. Bij de beoordeling van de aanvraag wordt gecontroleerd of de zorgaanbieder voldoet aan de gevraagde kwaliteitseisen.

Ook wordt er gekeken naar de marktomstandigheden, zoals vraag en aanbod en de meerwaarde die de zorgaanbieder kan bieden aan onze verzekerden. In het geval van voldoende contracteergraad zal de uitbreiding met zorgaanbieders alleen toegestaan worden als dit in het belang van de verzekerde is.

9.2.4 Meerjarenovereenkomsten

In 2021 gaan wij, waar mogelijk, door met het afsluiten van meerjarenovereenkomsten. Er bestaan twee varianten:

- Overeenkomsten met een vaste looptijd: begin- en einddatum van de overeenkomst staan vast. In deze overeenkomst is een tarief vastgesteld voor de gehele periode waarvoor de overeenkomst aangegaan is;
- Overeenkomsten voor langere duur met een variabele prijsafsprake. Periodiek voeren wij overleg of bijstelling van de overeengekomen tarieven noodzakelijk is.

Indien door wijzigingen van wet- en regelgeving deze meerjarenovereenkomsten niet meer zouden voldoen, vervallen de overeenkomsten op het moment dat de wijziging ingaat. Wij informeren de gecontracteerde zorgaanbieders hier tijdig over evenals over de vervolgstappen.

9.3 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

In het hiernavolgende schema vindt u een overzicht van de gestelde kwaliteitseisen. Als u in het bezit bent van een gelijkwaardige certificering kunt u contact met ons opnemen, zodat wij uw aanvraag kunnen beoordelen. Voor het verstrekken van hulpmiddelen specifiek door een apotheek en apotheekhoudende huisarts stellen wij geen aanvullende voorwaarden op hetgeen gebruikelijk is binnen de beroepsgroep.

Wij onderschrijven de meerwaarde van participatie van patiëntenverenigingen bij de ontwikkeling en evaluatie van de erkenningsregelingen. Naast het hanteren van erkende keurmerken voeren we voor het vaststellen van het beleid ook overleg met diverse patiëntenverenigingen en brancheorganisaties. Tijdens deze overleggen staat goede zorg voor onze verzekerden centraal.

9.3.1 Kwaliteitseisen voor zorgaanbieders

In onderstaande tabel staan de kwaliteitseisen die wij verplicht stellen aan zorgaanbieders om voor een overeenkomst in aanmerking te komen:

Onderwerp overeenkomst	Kwaliteitseisen
Therapeutische elastische kousen	SEMH-erkenning*
Gehoorthulpmiddelen (hoortoestellen)	StAr-geregistreerd audicien, het StAr-keurmerk of SEMH-erkenning
Pro- en orthesen	SEMH-erkenning*
Orthopedisch schoeisel	SEMH-erkenning*
Borstprothesen	SEMH-erkenning*
Haarwerken	SEMH-erkenning* of ANKO
Low Vision hulpmiddelen	Lidmaatschap NUVO kwaliteitsgroep Low Vision
Diabeteshulpmiddelen, incontinentie-, stomamaterialen en verbandmiddelen, met uitzondering van apotheekhoudenden	SEMH-erkenning*
Diabetes teststrips	Bloedglucosemeters (en daarbij de behorende teststrips) moeten voldoen aan de criteria zoals gesteld in het "Consensusdocument Bloedglucosemeting"
Andere hulpmiddelen en/of zorgaanbieders	In de branche gebruikelijke ISO-certificaat of certificaten met aantoonbare meerwaarde (naar het oordeel van Eno)
Apotheekhoudenden	In de apotheekbranche geldende kwaliteitsnormen
Personenalarmering	Ketenkeurmerk Persoonsgebonden Alarmeringsdiensten en in de branche gebruikelijk ISO-certificaat

** Indien de zorgaanbieder niet in het bezit is van dit certificaat, is de zorgaanbieder minimaal als 'deelnemer' zichtbaar op de website van de SEMH. De zorgaanbieder dient dan binnen zes maanden 'erkend zorgaanbieder' te zijn.*

Wij behouden ons het recht voor om een zorgaanbieder een overeenkomst te weigeren in een van onderstaande situaties:

- Als in de twee jaar voorafgaande aan de aanvraag van een overeenkomst minder dan 95 procent van de machtigingsaanvragen bij Eno akkoord is bevonden;
- Als de zorgaanbieder zich aantoonbaar negatief uitlaat over ons;
- Als Eno of een externe instantie (inspectie, NZa) een onderzoek bij de zorgaanbieder heeft ingesteld.

Deze uitsluitingsgronden zijn van toepassing op alle overeenkomsten voor de hulpmiddelenzorg.

9.4 Inkoop en contractvormen

9.4.1 Rechtmatigheid en doelmatigheid

Wij sluiten overeenkomsten met zorgaanbieders die adequate en doelmatige zorg leveren. Onze verzekerde kan altijd vertrouwen op hulpmiddelen en bijbehorende zorg van een goede kwaliteit. De hulpmiddelenzorg is gericht op het optimaal functioneren van de verzekerde met diens beperking. De zorgaanbieder beoordeelt tijdens het proces van indicatiestelling, herindicatie en/of het passen van het hulpmiddel of het hulpmiddel geen overbodige componenten bevat die de zorg onnodig duur maken.

Via de overeenkomsten kan de zorgaanbieder een deel van de zorg machtigingsvrij leveren aan de verzekerde en declareren bij de zorgverzekeraar. Onderdeel van het overgaan tot machtigingsvrije leveringen is dat er gebruik gemaakt wordt van een in de branche gebruikelijk protocol. Eno heeft de mogelijkheid om achteraf te controleren of er een rechtmatige aanspraak bestond op de gedeclareerde zorg en of de gedeclareerde zorg ook doelmatig was.

9.4.2 Vormen van overeenkomsten

In navolging op het eerder beschreven prijsbeleid is er nagenoeg geen onderscheid meer tussen maatwerk- en bulkovereenkomsten. Verschillende voorwaarden en tariefdifferentiatie op eenzelfde dossier worden waar mogelijk verder uitgefaseerd.

9.4.3 Contractaanbod van tijdelijke duur

Wij hanteren een planning waarbij de contractering voor 2021 volledig is afgerond op 1 november 2020. De meeste overeenkomsten worden ruim voor de hierboven genoemde termijn aan de zorgaanbieders aangeboden.

Zorgaanbieders hebben na ontvangst maximaal 6 weken om deze overeenkomst met ons af te sluiten; hierna vervalt ons contractaanbod.

Door de contractering voor 2021 uiterlijk op 1 november 2020 af te ronden, hebben wij nog voldoende tijd om te voldoen aan de plicht om onze verzekerden uiterlijk 12 november 2020 te informeren met welke zorgaanbieders er een overeenkomst voor 2021 afgesloten is.

9.4.4 Aanbieden overeenkomst

Zorgaanbieders die in 2019 en/of 2020 een overeenkomst met ons hebben afgesloten, krijgen voor het contractjaar 2021 automatisch een nieuwe overeenkomst aangeboden. Als de zorgaanbieder zowel in 2019 als in 2020 de overeenkomst niet heeft getekend, dan wordt er geen nieuwe overeenkomst aangeboden. Een zorgaanbieder die toch een overeenkomst wil aangaan moet zelf contact met ons opnemen.

Wij sluiten geen exclusiviteitscontracten met daarin een beperkte keuzevrijheid voor de verzekerde. Wij willen voorkomen dat er knelpunten ontstaan op het gebied van continuïteit van zorg en borging van kwaliteit. Daarom willen wij minimaal twee zorgaanbieders per dossier contracteren.

Deze werkwijze geldt ook voor zorgaanbieders uit het buitenland. Voor 2020 zijn er geen overeenkomsten direct met buitenlandse leveranciers afgesloten.

9.4.5 Digitaal contracteren

Wij contracteren in beginsel dezelfde dossiers via VECOZO als voor 2020 het geval was:

- Stomamaterialen;
- Borstprothesen/Mammacare;
- Haarwerken;
- Therapeutisch Elastische Kousen;
- Orthopedisch Schoeisel;
- Diabetes;
- Incontinentie absorberend;
- Incontinentie afvoerend;
- Verband en Compressie;
- Diverse hulpmiddelen in apotheekkanaal;

- Hulpmiddelen ter ondersteuning van de ademhaling:
 - Zuurstof;
 - CPAP;
 - Vernevelaar;
 - Slijmuitzuigapparatuur;
 - PEP;
 - SPT;
 - MRA;
 - Onderhoud trachea en stemprothese.
- Insulinepompen;
- Infuuspompen.

9.5 Procedure zorginkoop

9.5.1 Tijdspad

De volgende planning geldt in het inkoopproces Hulpmiddelen, in aanvulling op de planning genoemd in het algemene deel van het zorginkoopbeleid.

Fase	Uiterste datum/Periode
Publicatie inkoopbeleid 2021 op hoofdlijnen	1 april 2020
Uiterlijk publicatie aanvullend inkoopbeleid (indien van toepassing)	1 juli 2020
Contractering/verzending overeenkomsten 2021 via VECOZO of papier	april - september 2020
Retourontvangst getekende overeenkomsten	6 weken na datum aanbidding overeenkomst
Uiterlijke datum afronding alle overeenkomsten	1 november 2020
Publicatie gecontracteerd aanbod op de diverse websites van de zorgverzekeringsmerken van Eno	12 november 2020

9.5.2 Contact

Voor zorginhoudelijke vragen over de overeenkomst of voor het maken van inkoopafspraken over Hulpmiddelen verwijzen wij u naar de contactgegevens op onze website: www.eno.nl/zorgaanbieders.

9.6 Wijzigingen beleid 2021 ten opzichte van 2020

De wijzigingen ten opzichte van het beleid 2020 zijn:

- In het inkoopbeleid 2021 zijn een aantal nieuwe speerpunten vastgesteld voor 2021 te weten:
 - therapeutisch elastische kousen;
 - inrichtingselementen;
 - pro- en orthesen.
- Voor Personenalarmering is het ketenkeurmerk persoonsgebonden alarmeringsdiensten als kwaliteitseis opgenomen.

10 Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg

10.1 Inleiding

Met het zorginkoopbeleid Eerstelijnsverblijf (ELV) en Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) informeren wij u over onze uitgangspunten bij de inkoop van ELV en GRZ, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

10.2 Uitgangspunten inkoop 2021

Ouderen wonen steeds langer thuis. Wanneer thuis wonen even niet kan, is het van belang dat er zorg in de directe omgeving beschikbaar is. Bijvoorbeeld wanneer er tijdelijk behoefte is aan meer zorg of als iemand moet herstellen van een aandoening. Ook bij ontslag uit een ziekenhuis of ter voorkoming van een ziekenhuisopname na bezoek aan een SEH of HAP kan een tijdelijke ELV- of GRZ-opname uitkomst bieden. Voor ons staat hierbij voorop dat er sprake is van de Juiste Zorg op de Juiste Plek, in lijn met het zogenoemde programma waarover in het Hoofdpijnenakkoorden van Medisch-specialistische zorg en Wijkverpleging afspraken zijn gemaakt. Tijdelijk verblijf moet beschikbaar zijn wanneer dit nodig is en het aansluit bij de behoeften van de verzekerde. Gezien de beperkte capaciteit is dit soms een uitdaging. Daarom zien wij het als de gezamenlijke verantwoordelijkheid van onszelf en andere partijen in het veld om te sturen op zorg op de juiste plek.

ELV en GRZ zijn beide vormen van herstellzorg. Het onderscheid in verschillende vormen van herstellzorg is niet in het belang van de klant. Ook voor de zorgaanbieders zijn beide vormen in toenemende mate moeilijk van elkaar te onderscheiden of lopen zij in elkaar over. De zorgvraag van de klant voor (integrale) herstellzorg moet in de toekomst leidend zijn, waarbij naast de tijdelijke, intramurale opvang de zorg gedurende die periode en daarna (eventueel in een ambulant traject) kan fluctueren. De aanspraak en de financiering moeten hiertoe de ruimte bieden. Hierbij zouden idealiter ook de tijdelijke herstelregelingen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Wet langdurige zorg (Wlz) moeten worden betrokken, voor zover dat mogelijk is.

De zorginkoop 2021 van ELV en GRZ beoogt het inzetten van passende herstellzorg in de eerste lijn. Hiermee kunnen klanten voorspoedig herstellen in een verpleeg- of revalidatieomgeving. Na de intramurale, kortdurende opname met passende zorg en een voorspoedig herstel is de klant weer in staat om terug naar huis te keren. Aangezien ELV en GRZ beide zijn gericht op een korte opname met als doel herstel en terugkeer van de verzekerde naar huis, onderzoeken we of het mogelijk en zinvol is om deze zorg in de toekomst gecombineerd in te kopen.

In de afspraken wegen we mee hoe de verblijfsduur ELV of GRZ leidt tot snelle terugkeer naar huis of doorstroom naar passende zorg. Wanneer een instelling relatief lange verblijfsduren heeft, kan dit leiden tot een maatwerkafpraak of tariefffect zoals beperkte indexatie, een tariefafslag of een volumeafpraak.

10.3 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

10.3.1 Minimum- en kwaliteitseisen ELV 2021

Alle zorgaanbieders moeten aantoonbaar voldoen aan onderstaande eisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst moeten zij aan deze eisen voldoen.

De minimeisen die van toepassing zijn:

- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale coördinatiepunt ELV om inzicht in beschikbaarheid van ELV-plaatsen te borgen;
- De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorg die wordt geleverd voldoet aan de laatste eisen en standaarden van de beroepsgroep. Daarnaast wordt de zorg geleverd met inachtneming van de wet- en regelgeving, waaronder in elk geval de Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, de Kwaliteitswet Zorginstellingen dan wel daarvoor in de plaats tredende wet- en regelgeving;
- De ELV-instelling die de ELV-zorg levert, beschikt over een verwijzing per klant van de indicerende huisarts of medisch specialist (of de transferverpleegkundige in diens opdracht) op basis van de Verenso beslisboom;
- De zorgaanbieder voert jaarlijks een klanttevredenheidsonderzoek uit en heeft in overleg met de cliëntenraad verbeterpunten voortkomende uit het onderzoek actief ter hand genomen. De zorgaanbieder hanteert de daarvoor landelijk beschikbare onderzoeksvragenlijst voor verstrekking van algemene zorginformatie (onder andere Zorgkaart Nederland);
- Er is sprake van ketensamenwerking tussen de ELV-instelling, ziekenhuizen en huisartsen in de regio via het regionale coördinatiepunt over de opname en toelating tot ELV-zorg;
- Om hoogcomplex zorg te mogen leveren moet de eerstelijnszorginstelling een specialist ouderengeneeskunde in kunnen zetten en periodiek evalueren of overdracht van hoog- naar laagcomplex zorg voorafgaand aan terugkeer naar huis mogelijk is;
- De zorgaanbieder biedt de zorg in een daartoe geschikte verpleegkundige en therapeutische verblijfsomgeving. Daarmee wordt bedoeld dat de klant gedurende het verblijf beschikt over een naar behoren medisch gemeubileerde kamer met beschikbaarheid tot was/doucheruimte, beide voorzien van een alarmeringssysteem en hulpmiddelen voor stabiliteit en ondersteuning van mobiliteit. Een therapeutisch klimaat en behandelsetting is aanwezig in het verblijf voor de eerstelijnszorg. Tevens zijn de benodigde verpleegtechnische hulpmiddelen aanwezig;
- Er zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week hbo-verpleegkundigen beschikbaar en de achtervang is sluitend geregeld bij de eerstelijnszorginstelling;
- Een hbo-verpleegkundige is de eerst verantwoordelijke verpleegkundige en dus ook het eerste aanspreekpunt voor de verzekerde;
- De zorgaanbieder garandeert de beschikbaarheid van medische zorg bij spoed, conform de richtlijn van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV): de aanrijtijd van een medisch verantwoordelijke is maximaal 15 minuten en binnen 30 seconden moet er een reactie (door middel van telefoon, ICT, beeldbellen) zijn;
- De zorgaanbieder levert transparantie op het gebied van kwaliteit en kosten (indicatoren);
- De zorgaanbieder maakt afspraken (in ieder geval met de eigen huisarts van de verzekerde) over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen ziekenhuis en het ELV bij opname en ontslag;
- De opnamemogelijkheden van het ELV zijn zodanig dat een verzekerde met geplande zorg binnen 48 uur kan worden opgenomen. Voor acute zorg garandeert de instelling 24-uurservice en directe opname;
- De zorgaanbieder is een rechtspersoon;

- De zorgaanbieder beschikt in 2021 over minimaal één AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie;
- De zorgaanbieder heeft de Zorgbrede Governancecode ingevoerd;
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel;
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit);
- De zorgaanbieder werkt aantoonbaar volgens privacywetgeving;
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz);
- Indien gedurende de looptijd van de overeenkomst blijkt dat de uitsluitingsgronden wel op de zorgverlener van toepassing zijn, kan de zorgverzekeraar de overeenkomst met onmiddellijke ingang ontbinden. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis) of heeft deze per 1 januari 2020 aantoonbaar afgesloten;
- De zorgaanbieder beschikt over een goedgekeurd jaarverslag;
- De zorgovereenkomst wordt uitsluitend via het Zorginkooportaal van VECOZO gesloten: de aanbieders dienen derhalve te beschikken over de juiste VECOZO-certificaten.

Aanvullende minimumeisen voor palliatieve zorg

Voor zorgaanbieders die ELV voor palliatief terminale zorg aanbieden, gelden de volgende aanvullende eisen:

- Er zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week hbo-opgeleide verpleegkundigen beschikbaar, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden, zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen Palliatieve Zorg V&VN;
- De zorgaanbieder beschikt over een, direct bij het primaire proces betrokken, aandachtfunctionaris voor palliatieve zorg;
- Huisartsen en/of SO/AVG uit het consultatieteam zijn ten minste gestart met de kaderopleiding palliatieve zorg of de zogenaamde Cardiff-opleiding Palliatieve zorg. De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van deze consultatievoorziening indien noodzakelijk, tenzij de eigen huisarts of SO/AVG deze opleiding volgt of heeft gevolgd;
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ) en werkt hier actief mee samen;
- De zorgaanbieder werkt volgens het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland;
- De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van de LESA-richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken) voor palliatieve zorg en, indien aanwezig binnen het werkgebied, de regionale transmurale afspraken (RTA) op het gebied van palliatieve zorg;
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat medewerkers zich (bij)scholen op het gebied van palliatieve zorg.

10.3.2 Minimum- en kwaliteitseisen GRZ 2021

Alle zorgaanbieders moeten aantoonbaar voldoen aan onderstaande eisen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst moeten zij aan deze eisen voldoen. De minimumeisen die van toepassing zijn:

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon en beschikt over de vereiste WTZi-toelating voor de levering van GRZ-zorg, zoals opgenomen in de Zvw, en hij voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist;

- Het volledige medische personeel van de instelling beschikt over een BIG-registratie, waarbij de medisch specialisten zijn geregistreerd in het specialistenregister van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC);
- Alle geleverde zorg voldoet tenminste aan de laatste eisen, standaarden en normen van de beroepsgroep, aan de eisen van de Inspectie voor de Volksgezondheid en zijn in lijn met de standpunten van Zorginstituut Nederland. De zorgaanbieder voert jaarlijks een zelfevaluatie uit naar de bereikte kwaliteit, gebruikmakend van indicatoren uit het landelijk kwaliteitskader;
- De instelling verzorgt zelf het volledige behandeltraject dat past bij de aandoening of de ziekte conform de huidige stand van wetenschap en praktijk en is hier verantwoordelijk voor;
- De instelling beschikt over een geaccrediteerd/gecertificeerd Veiligheidsmanagement Systeem (VMS) en de realisatie van de VMS-thema's wordt besproken en gevolgd door middel van onder andere de zelfmonitor;
- De zorgaanbieder heeft de Zorgbrede Governancecode ingevoerd;
- De zorgaanbieder werkt aantoonbaar volgens privacywetgeving.;
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling conform de vereisten uit de Wkkgz;
- Declaraties worden digitaal ingediend via VECOZO en volgens de regels en instructies die gelden voor het declareren van de DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. De instelling voorkomt het declareren van dubbele en parallelle DBC-zorgproducten en/of overige zorgproducten voor dezelfde zorgvraag binnen de eigen instelling en/of met andere instellingen. Indien een andere instelling zorgactiviteiten uitvoert, wordt dit tussen de instellingen onderling verrekend in het kader van wederzijdse dienstverlening en niet apart gedeclareerd bij de zorgverzekeraar;
- Eno stimuleert ook deelname aan patiënttevredenheidsmetingen (CQ's/PROMS). De uitkomsten van deze vragenlijsten geven inzicht in wat de verzekerden zelf belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn met de zorg. Op deze manier wordt ook waardevolle informatie verkregen over de kwaliteit van de geleverde zorg;
- De zorgaanbieder heeft voor de diagnosegroepen CVA, Orthopedie, Trauma en Overig in totaal ten minste tien GRZ-bedden;
- De instelling verleent op gepaste wijze zorg. Hieronder wordt verstaan dat de zorgaanbieder inzet op terugdringing van de klinische opnameduur en vergroting van de extramurale nazorg. De prestaties op gebied van gemiddelde lig- en behandelduur zijn desgevraagd inzichtelijk voor de zorgverzekeraar;
- De zorgaanbieder controleert of de behandelend medisch specialist of een specialist ouderengeneeskunde de geriatrische revalidatiezorg tijdens de ziekenhuisopname heeft geïndiceerd door middel van een triage-instrument. De zorgaanbieder controleert of de geleverde zorg aansluit op de voorafgaande ziekenhuisopname, waarbij de verzekerde voorafgaand aan die ziekenhuisopname niet ten laste van de Wlz verbleef of werd behandeld in een verpleeghuis of andere zorginstelling.

10.4 Inkoop ELV

10.4.1 Aanspraak ELV en speerpunten

Bij de inkoop van ELV gaat het om de aanspraak tijdelijk verblijf in een instelling. Het omvat 'verblijf in verband met geneeskundige zorg' zoals huisartsen die plegen te bieden waarbij 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid aanwezig is, al of niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg'. Het ELV is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie door middel van de inzet van laag- of hoogcomplexiteit zorg of heeft betrekking op palliatief terminale zorg.

ELV is daarmee bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven. En waarbij geen sprake is van een indicatie voor medisch-specialistische zorg (waaronder GRZ), specialistische GGZ-zorg, respijtzorg vanuit de Wmo of verblijf onder de Wlz. Belangrijk is de voorwaarde dat het verblijf medisch noodzakelijk is en dat de verwijzing door de huisarts of medisch specialist plaatsvindt op basis van het Verenso afwegingsinstrument. Indien de hoofdbehandelaar (huisarts/SO/AVG) van mening is dat indicatiestelling aangepast moet worden, dan neemt deze contact op met de verwijzer om na afstemming te komen tot al dan niet aangepaste indicatiestelling voor de klant.

De verwijzers voor ELV binnen de Zvw zijn de huisarts en de medisch specialist (of de transferverpleegkundige in diens opdracht). Vanwege het tijdelijk karakter in een ELV is een verlengingsaanvraag nodig bij de aangesloten zorgverzekeraars voor een verblijf langer dan drie maanden (met uitzondering van de PTZ, indien een palliatieve terminale zorgverklaring door een arts is afgegeven). Deze eis voor verlenging blijft voor 2021 gehandhaafd. In het inkoopbeleid ELV voor 2021 sluiten we zoveel mogelijk aan bij landelijke thema's en ligt de focus op:

- Ervoor zorgen dat de ELV-zorg voldoende toegankelijk en beschikbaar is in de buurt van klant en de 24-uurs opname goed georganiseerd is;
- Het regionaal organiseren van de toestroom naar het ELV. Hierbij gaat het ook om het maken van afspraken met de betrokken partijen over de manier waarop wordt verwezen naar ELV-instellingen;
- Het benchmarken van onder andere de verblijfsduur en de doorstroom naar huis om gepast gebruik van zorg te stimuleren.

10.4.2 Aanbod ELV 2021

De huidige doelmatige, gecontracteerde aanbieders van ELV ontvangen automatisch een aanbod voor 2021. Een aantal zorgaanbieders ontvangt op initiatief van de zorgverzekeraar een aanvullende maatwerkafspraken voor doelmatigheid, zorgvernieuwing, of resultaatafspraken. Criteria voor een maatwerkafspraken zijn:

- De zorgaanbieder is van strategisch belang of heeft een substantiële omzet voor Eno;
- De zorgaanbieder heeft een significante afwijking van het gemiddeld aantal ligdagen van cliënten op prestaties laag complexe en/of hoog complexe ELV-zorg in 2018 en/of 2019 (en mogelijk het eerste halfjaar 2020) ten opzichte van het landelijke en/of Eno-gemiddelde.

Het aanbod voor 2021 zal niet per se gebaseerd zijn op de afspraken die voor 2020 zijn gemaakt. Er kan een aanvullende afspraak worden gemaakt over de doelmatigheid en de afspraken stimuleren passende, zinnige en zuinige zorg. Het uitgangspunt voor de doelmatigheidsafspraken is het gemiddeld aantal ligdagen ELV laag- en hoogcomplex, die door de betreffende zorgaanbieder over 2018 en/of 2019 (en mogelijk het eerste halfjaar 2020) zijn gedeclareerd ten opzichte van het landelijke gemiddelde.

10.4.2.1 Substitutie

We bieden de mogelijkheid om bij een maatwerkovereenkomst aanvullende afspraken te maken over substitutie van zorgactiviteiten. Uitgangspunten hierbij zijn de Juiste Zorg op de Juiste Plek en verbeteringsvoorstellen bij de overdracht en de doorverwijzing tussen de betrokken ketenpartners en bij de aanpalende verstrekkingen. Substitutie van zorg dient hierbij gericht te zijn op een verbetering van toegankelijkheid van zorg, vermindering van zorgkosten of verbetering van kwaliteit van zorg en/of leven. Zorgaanbieders met een maatwerkovereenkomst die in aanmerking willen komen voor een substitutieafspraken kunnen contact opnemen via contractbeheer@eno.nl.

10.4.3 Regionale coördinatie ELV-zorg

In 2018 zijn voor de ELV-coördinatie in heel Nederland per regio afspraken gemaakt. De zorgaanbieders hebben gezamenlijk met de preferente zorgverzekeraar in de regio/het kernwerkgebied afspraken gemaakt over de vormgeving van het regionale coördinatiepunt. Dit moet ervoor zorgen dat vraag en aanbod aan ELV-zorg goed op elkaar afgestemd en doorgeleid kunnen worden. Voor de organisatie en financiering van de ELV-coördinatie neemt Eno de landelijke afspraken mee in de maatwerkafspraken. Voor 2021 geldt dat de aanbieder/instelling die ELV biedt, verplicht is aangesloten bij een regionaal coördinatiepunt om beschikbaarheid van ELV-zorg te borgen.

10.5 Inkoop en contractvormen

In de overeenkomst maken we afspraken voor drie ELV-prestaties met bijbehorende tarieven:

- ELV laagcomplex;
- ELV hoogcomplex;
- ELV palliatief.

Als basis voor de tariefstelling in 2021 worden de volgende onderdelen in overweging genomen:

- De afgesproken tarieven in het omzetjaar 2020;
- De mate waarin de doelmatigheidsafspraken voor 2020 worden gemaakt;
- Een eventuele indexering afhankelijk van de gemiddelde ligduur en kosten per verzekerde ten opzichte van de benchmark;
- Eventuele aanpassing op het NZa max-tarief.

De analyse op doelmatigheid ten opzichte van de landelijke benchmark past Eno toe ter beoordeling en als uitgangspunt voor (maat-)werkafspraken 2021. De doelmatigheidsafspraken gelden niet voor palliatief terminale zorg. Wanneer er grote afwijkingen zijn geconstateerd tussen landelijke en Eno-verblijfsdagen per klant in 2019 en/of in de eerste helft van 2020, dan kan dit leiden tot verbeterafspraken en eventueel tot een prijscorrectie dan wel budgetafpraak voor 2021. Ook kan er worden gekozen geen contract aan te bieden.

10.6 Inkoop GRZ

10.6.1 Inkoop en contractvormen

Voor 2021 maken we onderscheid tussen de voor ons grotere en kleinere instellingen.

10.6.2 Grotere GRZ-instellingen

Onder de grotere GRZ-aanbieders vallen de instellingen die een substantiële omzet hebben voor Eno of van strategisch belang zijn. Deze GRZ-zorgaanbieders zitten in de meeste gevallen in onze kernregio. Waardoor het ook van belang kan zijn om specifieke afspraken te maken over samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders en bevordering van de Juiste Zorg op de Juiste Plek.

Uitgangspunten voor de tarieven in 2021 zijn de afspraken uit 2020, doelmatigheid en transparantie. In de spiegelinformatie GRZ wordt met maatwerkaanbieders informatie gedeeld (indien mogelijk op diagnosegroep-niveau) over de ligduur en de kosten per klant, die vervolgens de basis kunnen vormen voor de afspraken voor 2021. Eno ziet grote praktijkvariatie in de gemiddelde ligduur. Wij willen deze praktijkvariatie terugdringen en daarmee ook de gemiddelde kosten per cliënt. Afhankelijk van de specifieke situatie kunnen plafondaafspraken worden gemaakt en/of

doelmatigheidsafspraken (gemiddelde kosten per unieke cliënt). Voor instellingen die koploper zijn op het gebied van doelmatigheid, prijsstelling en stabiliteit in de productie is er ruimte voor contractering met prijsafspraken.

10.6.3 Kleinere GRZ-instellingen

De kleinere instellingen ontvangen van ons een voorstel in lijn met dat van voorgaande jaren, mits de afwijking van de kosten per verzekerde niet significant naar boven afwijkt van het benchmark gemiddelde of een significante stijging ten opzichte van het voorgaande jaar vertoont. Als de afwijking wel significant is, kan een aangepaste overeenkomst worden aangeboden met verbeterafspraken.

10.7 Kwaliteitsbeleid

10.7.1 ELV

Voor 2021 maken we in het kernwerkgebied aanvullende afspraken over:

- Actuele beschikbaarheid van de ligplaatsen in de instelling en het openstellen en bijhouden van deze informatie voor derden (onder andere inzicht voor huisartsen en mogelijk voor ziekenhuizen of logistieke ondersteuning);
- Borging van het proces van doorstroom naar een andere zorginstelling/zorgomgeving (Wlz) indien terugkeer naar huis onmogelijk blijkt;
- Het bieden van minimaal laagcomplexiteit zorg. Bij levering van hoogcomplexiteit zorg moeten in ieder geval ook cliënten met laagcomplexiteit zorg kunnen worden opgenomen. Er moet samenhang zijn op basis van zorgprotocollen tussen de typen hoog- en laagcomplexiteit ELV-zorg. Dit uit zich in een redelijke verhouding en doorstroom tussen hoog- en laagcomplexiteit zorg;
- Eno vindt, in verband met de benodigde expertise, het niet vanzelfsprekend dat er op iedere locatie hoogcomplexiteit en/of palliatief terminale zorg kan worden geleverd.

De zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de inzet van kwalitatief goede en doelmatige zorg. De zorginstelling volgt daarvoor de kwaliteitsrichtlijnen die landelijk in de beroepsgroep gehanteerd worden en toont op basis van klanttevredenheid, branchenormen en/of inspectierapporten aan dat de kwaliteit voldoet. De zorgaanbieders leveren een maximale inspanning voor het uitvoeren van doelmatige zorg en voor de inzet van gepast gebruik van zorg.

We sluiten zoveel mogelijk aan bij uniforme en eenduidige normen en kaders voor kwaliteit vanuit de beroepsgroep. Voor onderlinge dienstverlening geldt dat deze conform de contractuele voorwaarden kan worden uitgevoerd met uitzondering van de verblijfsfunctie. Deze verblijfsfunctie kan uitsluitend op de locaties worden verleend die juridisch onder de gecontracteerde (hoofd) AGB-code vallen.

10.7.2 GRZ

Voor 2021 maken we in het kernwerkgebied aanvullende afspraken over:

- Actuele beschikbaarheid van de ligplaatsen in de instelling en het openstellen en bijhouden van deze informatie voor derden (onder andere inzicht voor huisartsen en mogelijk voor ziekenhuizen of logistieke ondersteuning);
- Borging proces van doorstroom en kwaliteit zorgtrajecten. Wij vragen zorgaanbieders de benodigde kwaliteitsinformatie/spiegelinformatie aan te leveren.

Ook wordt er een verkenning gedaan naar de verdere ambulantisering van de GRZ.

10.8 Overzicht met wijzigingen ten opzichte van 2020

- Eno voert in 2021 een eigen zorginkoopbeleid ELV en GRZ;
- De criteria voor een maatwerkafpraak zijn niet langer afhankelijk van een minimale omzet, maar er wordt gekeken naar het strategisch belang en/of doelmatigheid;
- Toevoeging dat doelmatigheidsafspraken voor ELV niet van toepassing zijn op palliatief terminale zorg;
- Eno vindt het in verband met de benodigde expertise niet vanzelfsprekend dat op elke locatie hoogcomplexen en/of palliatief terminale zorg kan worden geleverd;
- In het kernwerkgebied maakt Eno voor GRZ afspraken over het proces van doorstroom en kwaliteit van zorgtrajecten.

11 Gecombineerde leefstijlinterventie

Met het zorginkoopbeleid Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) 2021 informeren wij u over de uitgangspunten die we hanteren bij de inkoop van de GLI, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

11.1 Uitgangspunten inkoop 2021

Overgewicht of obesitas vormt een steeds groter probleem voor de gezondheidszorg. Overgewicht en met name obesitas kunnen gepaard gaan met het optreden van gerelateerde risicofactoren en tal van chronische ziektes, zoals diabetes mellitus type 2 (DM 2), hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker, galziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Op dit moment heeft de helft van de Nederlandse bevolking overgewicht of obesitas. Vaak speelt een grote hoeveelheid aan factoren een rol bij een ongezonde leefstijl. Het realiseren van een leefstijlverandering is daardoor vaak complex. Vaardigheden en expertise van meerdere aspecten die samenhangen met een gezonde leefstijl zijn noodzakelijk om een effectieve gedragsverandering, waarvan de resultaten op de langere termijn beklijven, te realiseren.

De GLI wordt op dit moment gezien als een belangrijke interventie in de strijd tegen overgewicht en obesitas en de aandoeningen die hiermee gepaard kunnen gaan. Een GLI is een combinatie van interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering.

Het uitgangspunt van Eno is dat onze verzekerden de regie voeren over hun eigen leven, gezondheid en zorg. Niet de ziekte of aandoening van onze verzekerde staat centraal, maar iemands mogelijkheden, ervaren gezondheid en eigen wensen voor de te behalen kwaliteit van leven. Zelfmanagement neemt daarbij een belangrijke plaats in en onze verzekerden moeten hierbij worden geholpen en gefaciliteerd. Niet op elke behoefte van mensen past een medisch antwoord. De dialoog tussen u als zorgverlener en onze verzekerden is hierbij cruciaal. Samen met onze verzekerden wordt bepaald wat in het individuele geval het meest passende antwoord op een hulpvraag is. In ons streven om onze verzekerden de regie te laten voeren over hun eigen leven, gezondheid, zorg en leefstijl kan de GLI een geschikte rol spelen.

Niet iedereen komt in aanmerking voor een GLI. In aanmerking voor een GLI komen Nederlanders met een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas. Er wordt gesproken over een matig verhoogd GGR als bij mensen sprake is van obesitas (BMI 30-35) of overgewicht (BMI 25-30) in combinatie met een verhoogd risico op (sterfte aan) hart- en vaatziekten of DM 2 door risicofactoren en/of de aanwezigheid van comorbiditeit(en) (DM 2, hart- en vaatziekten, slaapapneu en/of artrose). In totaal gaat het om circa 3,5 miljoen Nederlanders tussen 18 en 75 jaar (28 procent van de bevolking).

Alleen GLI's die bewezen effectief zijn, komen voor vergoeding ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in aanmerking. De effectiviteit wordt in eerste instantie afgemeten aan de behaalde gewichtsreductie. Daarnaast is de blijvende gedragsverandering rond de gezonde leefstijl belangrijk, het effect op co-morbiditeit en risicofactoren en de

kwaliteit van leven. Het register Loket Gezond Leven van het RIVM biedt een overzicht van bewezen effectieve GLI's die voor vergoeding vanuit de Zvw in aanmerking komen. Een erkenningscommissie van het loket toetst interventies op kwaliteit en effectiviteit vóór publicatie op het Loket Gezond Leven.

11.2 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

De competenties die een zorgaanbieder nodig heeft, volgen uit de functionele beschrijving van een effectieve GLI en moeten minimaal liggen op het niveau van een hbo-leefstijlcoach. Een GLI kan worden aangeboden door verschillende beroepsgroepen: leefstijlcoaches, diëtisten en fysio- en/of oefentherapeuten. De GLI kan ook in een samenwerkingsverband geleverd worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om een samenwerkingsverband van leefstijlcoach, diëtist en/of fysio-of oefentherapeut die gezamenlijk de benodigde competenties hebben om een effectieve GLI te leveren.

In onderstaande tabel staan de verschillende basiseisen genoemd waar zorgaanbieders aan moeten voldoen om in aanmerking te kunnen komen voor een overeenkomst.

Basiseisen 2021

Generieke basiseisen voor alle zorgaanbieders:	U voldoet aan alle wet- en regelgeving en de daaruit voortvloeiende beleidsregels inzake het verlenen en declareren van de zorg.
	U bent aantoonbaar gecertificeerd voor het uitvoeren van een leefstijlprogramma dat als Gecombineerde leefstijlinterventie in het register Loket Gezond Leven van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is opgenomen en is erkend met minimaal de kwalificatie 'eerste aanwijzing voor effectiviteit'.
	U handelt conform de richtlijnen en protocollen van de beroepsvereniging (indien aanwezig).
	U heeft een eigen website met daarop ten minste: • de namen van de zorgaanbieders die de GLI leveren; • informatie over het leefstijlprogramma dat u aanbiedt; • het adres van de locatie waar de GLI geleverd wordt; • het telefoonnummer met tijden waarop u bereikbaar bent (alle werkdagen); • uw openingstijden; • de klachtenregeling.
	U onderhoudt connecties met huisartsen, andere zorgverleners en het sociaal domein.
	U registreert en deelt indicatoren die de kwaliteit van zorg bewaken.
	U declareert digitaal via VECOZO.
	U beschikt over een certificaat en de juiste autorisatie voor het VECOZO Zorginkoopportaal.
Specifieke basiseisen per beroepsgroep:	

<i>Leefstijlcoach</i>	U voldoet minimaal aan de competenties van de hbo-leefstijlcoach en staat geregistreerd in het register van de Beroepsvereniging van Leefstijlcoaches Nederland (BLCN).
<i>Diëtist</i>	U voldoet minimaal aan de competenties van de hbo-leefstijlcoach en staat met aantekening 'leefstijlcoach' geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
<i>Fysiotherapeut</i>	U voldoet minimaal aan de competenties van de hbo-leefstijlcoach en staat met aantekening 'leefstijlcoach' geregistreerd in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) en/of het kwaliteitsregister van Stichting Keurmerk Fysiotherapie.
<i>Oefentherapeut</i>	U voldoet minimaal aan de competenties van de hbo-leefstijlcoach en staat met aantekening 'leefstijlcoach' geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
Regionaal samenwerkingsverband	Alle uitvoerend zorgaanbieders die bij het samenwerkingsverband zijn aangesloten voldoen minimaal aan de competenties van de HBO-leefstijlcoach en staan (met aantekening) geregistreerd in bovenstaande relevante kwaliteitsregisters.
	U heeft voor 2021 een overeenkomst met een zorgverzekeraar voor eerstelijns multidisciplinaire (keten)zorg DM2, COPD en/of CVRM.

11.3 Inkoop en contractvormen

In ons streven naar een kwalitatief verantwoord, effectief en doelmatig aanbod van GLI, dat voor alle verzekerden toegankelijk is, streven wij in de basis een brede contractering na, waarbij voldoende zorgaanbieders, die aan de door ons gestelde basiseisen voldoen, dicht bij huis van onze verzekerden beschikbaar zijn.

Eno contracteert voor 2021 bij voorkeur en op de eerste plaats regionale samenwerkingsverbanden. Onder regionale samenwerkingsverbanden verstaan wij organisaties die eerstelijns multidisciplinaire (keten)zorg aanbieden in een regio. Het doel van een GLI is het realiseren van een duurzame gedragsverandering. Het realiseren van een leefstijlverandering is complex. Vaardigheden en expertise van meerdere aspecten die samenhangen met een gezonde leefstijl zijn noodzakelijk om een effectieve gedragsverandering te realiseren, waarvan de resultaten op de langere termijn beklijven. Daarbij is het van belang dat de leefstijlcoach onderdeel uitmaakt van een domeinoverstijgend netwerk, waarbij integraal zowel het medische- als het sociale domein wordt overzien. Regionale samenwerkingsverbanden zijn bij uitstek in staat om in de regio het beoogde integrale zorgaanbod te organiseren.

Voor de contractering van regionale samenwerkingsverbanden is voor 2021 een (tijdelijk) volgbeleid van toepassing, dat per 2020 door zorgverzekeraars voor de duur van twee jaar is overeengekomen. Dit volgbeleid houdt in dat per regio afspraken worden gemaakt door de preferente zorgverzekeraar(s) en dat op verzoek van het regionale samenwerkingsverband de gesloten overeenkomst, alsmede de overeengekomen tarieven, door andere zorgverzekeraars worden gevolgd.

In de regio's waar wij een regionaal samenwerkingsverband contracteren, komen individuele leefstijlcoaches niet in aanmerking voor een overeenkomst voor de GLI. De contractering verloopt in dat geval via het regionale samenwerkingsverband in desbetreffende regio. Als individuele leefstijlcoach kunt u in dat geval de zorg als onderaannemer van het regionale samenwerkingsverband verlenen. In regio's waar een regionaal samenwerkingsverband geen overeenkomst voor de GLI met een zorgverzekeraar aangaat, bieden wij ook vrijgevestigde individuele leefstijlcoaches de mogelijkheid om een overeenkomst met ons te sluiten. De zorgovereenkomst wordt door Eno digitaal via het Zorginkoopportaal van VECOZO aangeboden. Wij hanteren een standaardovereenkomst. De overeenkomst voor GLI heeft een looptijd van één kalenderjaar en is geldig tot en met 31 december 2021.

Wij bieden zorgaanbieders die in 2020 een zorgovereenkomst van Eno aangeboden hebben gekregen, voor 2021 opnieuw een zorgovereenkomst aan. Uitzonderingen hierop zijn:

- Zorgaanbieders die zelf hebben aangegeven geen overeenkomst te willen met Eno;
- Zorgaanbieders waarmee wij in bijzondere gevallen hebben afgesproken geen overeenkomst voor 2021 aan te gaan.

In afwijking van het algemene deel van ons zorginkoopbeleid (hoofdstuk 1) kunnen nieuwe toetreders te allen tijde onder vermelding van de AGB-code een overeenkomst voor 2021 aanvragen. Onder nieuwe toetreders verstaan wij zorgaanbieders die nooit eerder een zorgovereenkomst met Eno hebben gesloten of aangeboden hebben gekregen, en voldoen aan de gestelde basiseisen.

Overeenkomsten die gedurende het kalenderjaar worden aangevraagd gaan in op de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de overeenkomst is aangevraagd.

11.4 Wijzigingen ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020

In dit zorginkoopbeleid GLI 2021 zijn de volgende wijzigingen aangebracht ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020:

1. Voor regionale samenwerkingsverbanden is als aanvullende minimale voorwaarde toegevoegd dat voor 2021 een overeenkomst met een zorgverzekeraar voor eerstelijns multidisciplinaire (keten)zorg DM2, COPD en/of CVRM moet zijn gesloten;
2. Als generieke basiseis is toegevoegd dat u beschikt over een certificaat en de juiste autorisatie voor het VECOZO Zorginkoopportaal;
3. De voorkeur om primair regionale samenwerkingsverbanden voor de GLI te contracteren is als uitgangspunt toegevoegd en toegelicht;
4. Criteria op basis waarvan zorgaanbieders een zorgovereenkomst krijgen aangeboden, zijn nader gespecificeerd;
5. Er is nader beschreven wat wij verstaan onder nieuwe toetreders.

12 Ziekenvervoer

Met het zorginkoopbeleid Ziekenvervoer 2021 informeren wij u over de uitgangspunten die we hanteren bij de inkoop van Ziekenvervoer, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

12.1 Uitgangspunten inkoop 2021

Onder ziekenvervoer valt het ambulancevervoer en het zittend ziekenvervoer. Voor ambulancevervoer geldt het representatiemodel. De representatie houdt in dat per regio afspraken gemaakt worden door de representerende zorgverzekeraar(s) en dat de gesloten overeenkomst met de betreffende zorgaanbieders, net als de overeengekomen tarieven, onverkort gelden voor alle andere zorgverzekeraars. Eno koopt zelf geen ambulancezorg in, maar volgt de afspraken van de representerende zorgverzekeraars.

Naast ambulancevervoer kunnen verzekerden vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) aanspraak maken op zittend ziekenvervoer. Afhankelijk van de situatie waarin een verzekerde zich bevindt, kan er een indicatie zijn voor vervoer met eigen auto, openbaar vervoer en/of taxivervoer. Vervoer met eigen auto of openbaar vervoer zijn voorzieningen die door verzekerden zelf worden geregeld. Vergoeding vindt in deze gevallen plaats op basis van restitutie. De contractering van taxivervoer besteedt Eno in 2020 uit aan ZCN. ZCN is een aanbieder die gespecialiseerd is in het organiseren, coördineren en uitvoeren van mobiliteitsdiensten, met een landelijk dekkend netwerk van vervoerders. Wij hebben de mogelijkheid en intentie om de overeenkomst die wij met ZCN hebben, voor 2021 te verlengen.

12.2 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

Wij vinden het van groot belang om in samenwerking met ZCN hoogwaardige service- en dienstverlening voor onze verzekerden te realiseren en tegelijkertijd de kosten in de hand te houden. Dit doen wij door uniformiteit van afspraken na te streven ten behoeve van efficiëntie. Bij de contractering wordt rekening gehouden met kwaliteit, klantbeleving en betaalbaarheid. In het kader hiervan is Eno van mening dat vervoerders in algemene zin de eisen in acht horen te nemen die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren dienst mogen worden gesteld. Bovendien dient de vervoerder in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving en de voor hem toepasselijke, meest recente richtlijnen, standaarden en protocollen te handelen. Dit vertaalt zich onder meer in de volgende concrete uitgangspunten die met betrekking tot de kwaliteit en service van de te leveren vervoersdienst minimaal moeten worden gehanteerd:

- Alle ten behoeve van Eno gecontracteerde vervoerders moeten het TX-Keurmerk bezitten;
- De vervoerder is in het bezit van een geldige vergunning als bedoeld in de Wet personenvervoer 2000;
- Het afgegeven bedrijfsoordeel door Sociaal Fonds Taxi moet gedurende de hele looptijd van de overeenkomst minimaal met een 'voldoende' beoordeeld zijn;
- Vervoerders moeten het vervoer conform de gestelde indicatie uitvoeren;
- Verzekerden mogen altijd een hulpmiddel meenemen (bijvoorbeeld een rollator). Daarnaast mag een sociale hulphond mee en indien deze bij de reservering is aangemeld, mag er ook een begeleider mee;

- Het zittend ziekenvervoer rijdt 7 dagen per week, 24 uur per dag. Spoedritten moeten door de vervoerder worden uitgevoerd;
- Ritten kunnen op vertrektijd of aankomsttijd gereserveerd worden. De vervoerder zorgt er in alle gevallen voor dat onze verzekerden niet eerder dan een kwartier voor het afgesproken tijdstip en niet later dan een kwartier na het afgesproken tijdstip op de plaats van vertrek opgehaald worden;
- Bij combinatievervoer geldt een maximale rijtijd van 1,5 keer de rijtijd van solovervoer.
- De vervoerder zorgt dat onze verzekerden altijd minstens 10 minuten en maximaal 30 minuten voor de afspraak op de plaats van bestemming arriveren;
- Vervoerders moeten beschikken over voldoende rolstoelvoertuigen;
- De uitvoering van ritten met verzekerden in een rolstoel moet geschieden conform de meest recent geldende code VVR;
- Er mag niet worden gerookt in de voertuigen (ook geen rooklucht in het voertuig);
- Alle chauffeurs moeten aan de wettelijke eisen voldoen voor het taxivervoer;
- Daarnaast moeten de chauffeurs in ieder geval ook aan onderstaande eisen voldoen:
 - Ze zijn in het bezit van het certificaat 'levensreddend handelen'. Dit certificaat moet zijn afgegeven door algemeen in de personenvervoerbranche erkende opleidingsinstituten;
 - Ze zijn herkenbaar als chauffeur, bij voorkeur bedrijfskleding, maar minimaal een badge;
 - Ze spreken, verstaan en schrijven Nederlands;
 - Ze zijn klantvriendelijk en dienstverlenend;
 - Ze helpen reizigers bij het in- en uitstappen;
 - Ze laten verzekerden niet onnodig (lang) alleen in het voertuig;
 - Ze bellen handsfree. Het is niet toegestaan te bellen over andere zaken dan de ritten die uitgevoerd worden. Bellen dient tot een minimum te worden beperkt.

12.3 Inkoop en contractvormen

Voor nadere informatie over de contractering van zittend ziekenvervoer kunt u contact opnemen met ZCN, via info@zcnvervoer.nl of (010) 280 81 80.

12.4 Wijzigingen ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020

In dit zorginkoopbeleid Ziekenvervoer 2021 zijn de volgende wijzigingen aangebracht ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020:

- De uitgangspunten die Eno hanteert met betrekking tot de kwaliteit en service van de te leveren vervoersdienst zijn explicieter beschreven.

13 Zintuiglijk Gehandicaptenzorg (ZG)

Met het zorginkoopbeleid ZG 2021 informeren wij u over de uitgangspunten die we hanteren bij de inkoop van ZG, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

13.1 Uitgangspunten inkoop 2021

De ZG is te typeren als derdelijnszorg. Dit betekent dat de zorg alleen toegankelijk is als de ZG-problematiek op enig moment door een medisch specialist is vastgesteld. De te leveren zorg moet voldoen aan de aanspraak ZG vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en aan hetgeen vastgelegd is in de polisvoorwaarden van onze verzekerde.

Voor onze verzekerden is het belangrijk dat er meer inzicht komt in het effect van de behandeling en meer aandacht voor kwaliteitscriteria vanuit het klantenperspectief. Voor verzekerden is het van groot belang dat hun (sociale) zelfredzaamheid toeneemt door de verkregen behandeling. Daarom verwachten wij dat zorgaanbieders het effect van de behandeling op een eenduidige manier transparant en aantoonbaar maken. En dat zij initiatief nemen om de kwaliteit van zorg transparant te maken.

De transitie naar de zorgprogramma's die ten grondslag hebben gelegen aan het nieuwe bekostigingssysteem met ingang van 2020 heeft Eno ondersteund. Met deze zorgprogramma's is toegewerkt naar meer transparantie, medische herkenbaarheid en hanteerbaarheid van behandelingen. Aangezien deze systematiek per 1 januari 2020 is ingegaan, is het te vroeg om de effecten van de nieuwe bekostiging al te beoordelen. Zodra hier meer inzicht in is, formuleren wij hier verder beleid op.

Grotere instellingen

Wij zien in de historische data dat het volume en de kosten per jaar sterk fluctueren. Om deze redenen blijven wij de focus leggen op kostenbeheersing en doelmatigheid. Wij willen met de grootste instellingen in gesprek om dit vast te leggen in prijs- en volumeafspraken en een daarvoor meest passende tariefsystematiek. Daarbij hoort een meerjarenafpraak tot de mogelijkheden. Uitgangspunt voor de marktconforme tarieven zijn de afspraken uit 2020. Daarnaast kan met een ZG-instelling een doelmatigheidsafpraak worden gemaakt. Bijvoorbeeld op basis van de gemiddelde zorgkosten per behandelde verzekerde(groep).

Kleinere instellingen

Ook bij de kleinere instellingen zien wij in de historische data dat zowel het volume als de kosten per jaar kunnen fluctueren. Ook hier zijn kostenbeheersing en doelmatigheid van belang. Maar gezien het geringe aantal zorgtrajecten bij kleinere instellingen hebben we ervoor gekozen om ZG in 2021 bij hen in te kopen zonder omzetplafond en gemiddelde prijs per verzekerde. Ook hier vormen de afspraken uit 2020 het uitgangspunt voor marktconforme tarieven en behoort een meerjarenafpraak tot de mogelijkheden.

Inkoop van verblijf

Het Zorginstituut Nederland heeft vastgesteld dat verblijf in bijzondere situaties ook tot de aanspraak Zvw behoort. Uitgangspunt hierbij is dat verblijf alleen wordt vergoed als de patiënt (tijdelijk) is aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf in een therapeutische verblijfssetting om de behandeling te kunnen laten slagen en wanneer dit niet zonder verblijf kan worden gerealiseerd. Wij maken ook in 2021 met een beperkt aantal zorgaanbieders afspraken over de mogelijkheid om verblijf te leveren en deze prestatie in rekening te brengen.

Om te beoordelen of verzekerden hiervoor in aanmerking komen, hanteren wij een machtigingenbeleid. De zorgaanbieder dient namens de patiënt het verzoek voor verblijf bij ons in. In dit verzoek vragen wij tenminste aan te geven waarom medisch verblijf noodzakelijk is, een indicatie te geven van de verwachte duur van het verblijf en het behandelplan toe te voegen.

13.2 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

Ondergenoemde minimumeisen zijn van toepassing:

- De zorgaanbieder is een rechtspersoon;
- De zorgaanbieder beschikt over de vereiste WTZi¹⁶-toelating voor de levering van ZG, zoals opgenomen in de Zvw, en hij voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist;
- De zorgaanbieder beschikt in 2021 over minimaal één AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie;
- De zorgaanbieder voert jaarlijks een zelfevaluatie uit naar de bereikte kwaliteit, gebruikmakend van indicatoren uit het landelijk kwaliteitskader;
- De zorgaanbieder heeft de Zorgbrede Governancecode ingevoerd;
- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel;
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi¹⁷;
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist;
- De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit);
- De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie, waardoor hij de gegevens die de zorgverzekeraar nodig heeft tijdig kan verstrekken;
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid;
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling;
- De zorgaanbieder handelt volgens de relevante wet- en regelgeving;
- De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis) of heeft deze per 1 januari 2021 aantoonbaar afgesloten;
- De instelling declareert elektronisch via VECOZO.

¹⁶ Dan wel de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

¹⁷ Dan wel de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

De zorgaanbieder is uitgesloten van een overeenkomst voor ZG als één van de volgende gronden van toepassing is:

- Tegen de zorgaanbieder is bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 177a, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht;
- De zorgaanbieder verkeert in staat van faillissement of liquidatie, heeft de werkzaamheden gestaakt, verkeert in surseance van betaling of een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- De zorgaanbieder waarvoor faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- De zorgaanbieder die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- De zorgaanbieder die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- De zorgaanbieder die zich ernstig schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt.

Als gedurende de looptijd van de overeenkomst blijkt dat één of meer van de uitsluitingsgronden wel op de zorgverlener van toepassing zijn, hebben wij het recht de overeenkomst met onmiddellijke ingang op te zeggen.

13.3 Kwaliteitsbeleid

Voor 2021 hanteren wij de onderstaande kwaliteitscriteria:

- **Toegang ZG (verwijzing)**

Het is belangrijk dat de ZG-zorgvraag (volgens de inclusiecriteria zoals opgenomen in de aanspraakbeschrijving) is vastgesteld vóór de aanvang van een ZG-behandeling. Dit betekent dat er voor de vergoeding van een extramurale ZG-behandeling bij nieuwe cliënten (cliënten waar de ZG-stoornis nog niet eerder is vastgesteld) of bij cliënten waar er een wijziging in ZG-stoornis optreedt, altijd sprake moet zijn van een verwijzing van een medisch specialist of klinisch fysicus-audioloog (KFA).

- **Medische eindverantwoordelijkheid**

De medische eindverantwoordelijkheid dient als volgt door de aanbieder ingevuld te worden.:

- *Voor cliënten met een auditieve en/of communicatieve stoornis:*

Een BIG-geregistreerde GZ-psycholoog is altijd eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan. Voor kinderen en jeugdigen tot 23 jaar kan ook een orthopedagoog-generalist eindverantwoordelijk zijn voor de geleverde zorg en het zorgplan. Bij de zorg kunnen andere disciplines betrokken zijn. De activiteiten van deze disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a BZv en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de ZG worden gesteld.

- *Voor cliënten met een visuele stoornis:*

Een oogarts of BIG-geregistreerde GZ-psycholoog is altijd eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan. Bij de zorg kunnen andere disciplines betrokken zijn. De activiteiten van deze disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a BZv en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de ZG worden gesteld.

- **Het zorgplan**

Eén van de centrale kwaliteitseisen die wij stellen, is het werken met een zorgplan. Een zorgplan is een dynamische set van afspraken tussen de verzekerde en zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de verzekerde. Deze afspraken komen in gezamenlijke besluitvorming tussen behandelaar en cliënt/vertegenwoordiger tot stand.

- **Multidisciplinaire zorg**

De extramurale zorg voor zintuiglijk gehandicapten is multidisciplinair van aard. Voor de zorg voor auditief gehandicapten geldt dat de zorgverleners specifieke kennis en deskundigheid hebben op het gebied van gehoor-, communicatie- en taalstoornissen. De zorgverleners beschikken over alternatieve communicatievormen, zoals Nederlandse Gebarentaal of Nederlands met Gebaren.

Voor de zorg voor visueel gehandicapten geldt dat de zorgverleners beschikken over kennis van braille.

13.4 Uitgangspunten contracteerproces

U komt in aanmerking voor een overeenkomst 2021 bij ons als u in 2020 eveneens een overeenkomst met ons had voor het leveren van deze zorg.

Nieuwe instellingen kunnen in aanmerking komen voor een zorgovereenkomst 2021. Hiervoor moeten ze voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen en doelmatigheid. Daarnaast leveren nieuwe instellingen een innovatief product en/of levert de instelling zorg aan een doelgroep waarvoor aantoonbaar een lacune bestaat in het zorgaanbod. Het al ingekochte zorgvolume bij bestaande relaties kan bepalend zijn of al dan niet een zorgovereenkomst wordt aangegaan. Voor nieuwe zorgaanbieders die voor 2021 een overeenkomst met ons wensen te sluiten, geldt een beoordelingsprocedure. Aanvragen voor toelating tot deze procedure moeten voor 1 september 2020 bij ons binnen zijn via contractbeheer@eno.nl.

Als uitgangspunt bij het inkoopproces volgen wij de bepalingen van de Good Contracting Practices van de Nederlandse Zorgautoriteit. Wij doen uiterlijk in september 2020 een contractvoorstel voor de ZG 2021.

Voor de verzekerden is het van groot belang om tijdig inzicht te hebben in welke zorgaanbieders voor 2021 gecontracteerd zijn. Zij moeten, mede op basis van deze informatie, de mogelijkheid hebben om een beslissing te nemen over het al dan niet wisselen van zorgverzekeraar. Wij streven ernaar het contracteerproces 2021 af te ronden voor 1 november 2020.

13.5 Procedure zorginkoop

Voor de procedure voor de uitvoering van het inkoopproces ZG voor 2021 en voor eventuele vragen over dit zorginkoopbeleid verwijzen we naar het algemene deel van het zorginkoopbeleid (zie hoofdstuk 1).

13.6 Wijziging beleid 2021 ten opzichte van 2020

De wijziging ten opzichte van het beleid 2020 is:

- Meerjarige overeenkomsten behoren tot de mogelijkheden.

14 Stoppen met roken (SMR)

Met het zorginkoopbeleid Stoppen met roken (SMR) 2021 informeren wij u over de uitgangspunten die we hanteren bij de inkoop van SMR, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder of zorgverlener vragen. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

14.1 Uitgangspunten inkoop 2021

Roken is een maatschappelijk probleem. In het Nationaal Preventieakkoord zijn er landelijk afspraken gemaakt over maatregelen die moeten bijdragen aan het verminderen van het aantal mensen dat rookt. Eno wil hier een actieve bijdrage aan leveren. Wij vinden het belangrijk dat SMR-programma's laagdrempelig toegankelijk zijn voor onze verzekerden. Wij maken hiervoor afspraken met de huisartsen in de kernregio en verwijzen wij naar het inkoopbeleid Huisartsenzorg. Voor de landelijke toegankelijkheid maken wij afspraken met een select aantal aanbieders. Dit inkoopbeleid is op deze groep van toepassing. Wij kopen geen SMR-programma's in bij ziekenhuispoli's en GGZ-instellingen in de tweede lijn. Kortdurende stopadviezen of korte motiverende interventies om te stoppen met roken vallen onder de reguliere zorgverlening door huisartsen (waaronder ketenzorg, verloskundigen en andere zorgverleners). Eno stelt de SMR-programma's vrij van eigen risico vanuit de basisverzekering.

14.2 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

De zorg wordt geleverd conform de geldende NZa beleidsregel stoppen met roken.

Voor aanbieders gelden de volgende minimale kwaliteitscriteria om in aanmerking te komen voor een overeenkomst:

- Er is een geldige registratie in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken;
- De geboden interventie wordt geleverd conform de zorgmodule Stoppen met Roken en voldoet aan de richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning.

Er kunnen aanvullend aan de gedragsmatige ondersteuning nicotinevervangende middelen ingezet worden. Wij maken met aanbieders afspraken over het gebruik van het landelijk uniform aanvraagformulier SMR-zorg.

14.3 Procedure zorginkoop

Eno contracteert SMR-begeleiding per type begeleiding en tegen een door Eno vastgesteld tarief. Voor de procedure van de zorginkoop van de SMR-programma's wordt verwezen naar het tijdsplan zoals opgenomen in algemene inkoopbeleid. Hier kunt u ook onze contactgegevens vinden.

14.4 Wijzigingen ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020

Het zorginkoopbeleid voor SMR is nieuw. Eerdere jaren heeft Eno geen specifiek beleid gepubliceerd.

15 Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen

15.1 Inleiding

Voor u ligt het zorginkoopbeleid Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) 2021. Voorliggend beleid is een nieuw beleidsdocument. Vorig jaar heeft Eno geen specifiek zorginkoopbeleid GZSP gepubliceerd. Dit zorginkoopbeleid is een aanvulling op het algemene deel van ons zorginkoopbeleid 2021 (zie hoofdstuk 1).

Per 2020 is de zorg binnen de GZSP, geleverd door de Specialist Ouderengeneeskunde en de Arts Verstandelijk Gehandicapten, overgeheveld vanuit de subsidieregeling extramurale behandeling in de Wlz naar de Zvw. Per 2021 wordt ook de overige zorg overgeheveld naar de Zvw. De GZSP is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare patiëntgroepen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. Zoals bijvoorbeeld ouderen met een complexe zorgvraag en patiënten met de ziekte van Huntington. Eno wil dat deze overheveling goed verloopt en dat de geleverde zorg een waardevolle toevoeging is voor onze verzekerden. Eno wil de overheveling zo soepel mogelijk laten verlopen en zo ruim mogelijk contracteren. In eerste instantie zal Eno zich hierop gaan richten en gaan we ons vervolgens richten op het ontwikkelen van deze vorm van zorg conform onze visie.

15.2 Uitgangspunten inkoop 2021

15.2.1 Uitgangspunten zorg in een groep

Voor de uitgangspunten verwijzen wij naar de in ZN verband ontwikkelde gedeelde uitgangspunten. Deze uitgangspunten zijn in overleg tussen medisch adviseurs van een aantal zorgverzekeraars en diverse zorgaanbieders/beroepsorganisaties tot stand gekomen. Doel hierbij is het vastleggen van de minimale uitgangspunten voor zorg in een groep binnen de GZSP, op basis van de prestatiebeschrijvingen van de NZa. Zorgaanbieders dienen te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving. Aanvullend daarop zijn deze uitgangspunten in afstemming met zorgaanbieders opgesteld. Sommige zorgaanbieders hebben zorgprogramma's beschreven met een verdergaande verdieping en detaillering. De diverse documenten – regelgeving NZa, uitgangspunten en zorgprogramma's – liggen in elkaars verlengde. Via de volgende [link](#) komt u bij de uitgangspunten zorg in een groep voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

15.2.2 Uitgangspunten individuele zorg

Voor de uitgangspunten verwijzen wij naar de in ZN verband ontwikkelde gedeelde uitgangspunten. Deze uitgangspunten zijn in overleg tussen medisch adviseurs van een aantal zorgverzekeraars en diverse zorgaanbieders/beroepsorganisaties tot stand gekomen. Doel hierbij is het vastleggen van de minimale uitgangspunten voor de individuele prestatiebeschrijvingen van de NZa. Zorgaanbieders dienen te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving. Aanvullend daarop zijn deze uitgangspunten in afstemming met zorgaanbieders opgesteld. De input van zorgaanbieders die schriftelijk om een reactie zijn gevraagd is daarin meegenomen. Via de volgende [link](#) komt u bij de uitgangspunten individuele zorg voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.

15.3 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

Eno verwacht van u als zorgaanbieder dat u zich houdt aan de landelijke en door de beroepsgroepen geformuleerde standaarden en uitsluitend zorg biedt die past bij de zorgvraag van onze verzekerden. De zorgaanbieder dient de eisen in acht te nemen die voortvloeit uit de voor de beroepsgroep geldende wet- en regelgeving. De zorg is doelmatig en gebaseerd op de laatste stand van de wetenschap en praktijk. Uitgangspunt hierbij is cliëntgerichte zorg; zorg die aansluit bij de behoefte van de cliënt en zich richt op herstel van functioneren.

15.4 Procedure zorginkoop

15.4.1 Wanneer komt u in aanmerking voor een overeenkomst?

Alle aanbieders die voldoen aan de samengestelde uitgangspunten komen in principe in aanmerking voor een overeenkomst. Zorgaanbieders die in 2019 en/of 2020 zorg hebben geleverd via de subsidieregeling en/of de Zvw benaderen wij zelf voor een overeenkomst GZSP. Alle overige zorgaanbieders zijn niet bij ons bekend. Indien u niet bij ons bekend bent en een overeenkomst met ons wil aangaan, verwijzen wij u naar het proces voor nieuwe zorgaanbieders in het algemene zorginkoopbeleid (zie hoofdstuk 1).

15.5 Wijzigingen ten opzichte van het zorginkoopbeleid 2020

Het zorginkoopbeleid voor Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen is nieuw. Vorig jaar heeft Eno geen specifiek beleid gepubliceerd.

Bijlage 1 bij zorginkoopbeleid verpleging en verzorging (wijkverpleging) 2021

1. Bestuursverklaring

A. Eisen

De zorgaanbieder verklaart hierbij gedurende de looptijd van de overeenkomst verpleging en verzorging 2021, te voldoen aan de volgende (geschiktheids-)eisen en verklaart eveneens aan die eisen te blijven voldoen. De zorgaanbieder verklaart tevens te voldoen en zich te houden aan de geldende wet- en (lagere) regelgeving, waaronder de NZa-beleidsregels en de afspraken en regels zoals beschreven in de overeenkomst inclusief bijbehorende addenda.

- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel;
- De zorgaanbieder beschikt over een formeel vereiste toelating voor de levering van wijkverpleging zoals verzekerd in de Zorgverzekeringswet en voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist;
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling verslaggeving WTZi;
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist;
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Zorgbrede Governancecode ingevoerd, tenzij dit op grond van de werkingssfeer zoals vermeld in de Zorgbrede Governancecode niet van toepassing is;
- De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens aan de zorgverzekeraar binnen de door de zorgverzekeraar aangegeven termijn;
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid;
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling;
- De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis) of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2020 afgesloten. De zorgaanbieder beschikt over een recente accountantsverklaring waarin wordt aangetoond dat de aanbieder een financieel gezonde organisatie is.

B. Uitsluitingsgronden

De zorgaanbieder verklaart dat de volgende uitsluitingsgronden niet van toepassing zijn:

- Er is jegens deze zorgaanbieder of haar bestuurder bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht;
- De zorgaanbieder verkeert in staat van faillissement of van liquidatie, haar werkzaamheden zijn gestaakt, jegens de zorgaanbieder geldt een surseance van betaling of een akkoord of zij verkeert in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op haar van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;

- Voor de zorgaanbieder is faillissement of liquidatie aangevraagd of tegen haar is een procedure aanhangig gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- Op de zorgaanbieder is een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde volgens de op haar van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie gedaan, waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met haar beroepsgedragregels;
- De zorgaanbieder heeft in de uitoefening van haar beroep een ernstige fout begaan, vastgesteld op een grond die Eno aannemelijk kan maken;
- De zorgaanbieder heeft niet aan haar verplichtingen voldaan t.a.v. de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar zij is gevestigd of van Nederland;
- De zorgaanbieder heeft niet aan haar verplichtingen heeft voldaan t.a.v. de betaling van haar belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar zij is gevestigd of van Nederland;
- De zorgaanbieder heeft zich ernstig schuldig gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of heeft de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet verstrekt.

Indien gedurende de looptijd van de overeenkomst blijkt dat één of meer van de uitsluitingsgronden wel op de zorgverlener van toepassing zijn, heeft Eno het recht de overeenkomst met onmiddellijke ingang op te zeggen.

Bijlage 2 bij zorginkoopbeleid verpleging en verzorging (wijkverpleging) 2021

Beleid 2021 met betrekking tot contractering van voorheen niet gecontracteerde zorgaanbieders

De zorgaanbieder dient de volgende bescheiden te overleggen:

1. Een ondertekende kopie van de Bestuursverklaring;
2. Een kopie van de inschrijving bij de Kamer van Koophandel, niet ouder dan twaalf maanden;
3. De AGB code waar de zorgaanbieder mee wil gaan werken (AGB-code contractant = AGB-code uitvoerder = AGB-code declarant). Aan de AGB-code van de zorgaanbieder is in het AGB-register minimaal één AGB-code van een Hbo-verpleegkundige gekoppeld;
4. Een Verklaring omtrent het gedrag voor Rechtspersonen (VOG-RP) of voor eenmanszaken een Verklaring omtrent het gedrag voor natuurlijke personen (VOG-NP);
5. Een formatieplaatsenplan (FPP): een overzicht van het aantal gekwalificeerde uitvoerend medewerkers inclusief het opleidingsniveau van die medewerkers. Minimaal dient u te beschikken over een hbo-opgeleide verpleegkundige in loondienst voor het stellen van de indicaties en het coördineren van zorg;
6. De naam, de (persoonlijke) AGB-code en het BIG registratienummer van de hbo-opgeleide verpleegkundige in loondienst;
7. Een (geanonimiseerd) voorbeeld van een zorgplan van een cliënt die bij u in zorg is. Het zorgplan dient te bevatten: de verpleegkundige diagnose, een beknopte beschrijving van de beperkingen van het cliëntsysteem, de in te zetten zorg en de duur en omvang van die zorg;
8. Een opgave van contactgegevens zijnde naam, adres, telefoonnummer en e-mailadres van de medewerker met wie wij in het kader van de contractering eventueel contact kunnen opnemen.

Wij vragen u bovengenoemde stukken volledig en digitaal aan te leveren via het e-mailadres contractbeheer@eno.nl, ter attentie van Zorginkoop Wijkverpleging. Onvolledige inschrijvingen kunnen we niet in behandeling nemen.

Indien de aangeleverde informatie vragen oproept, kan de zorgaanbieder worden uitgenodigd voor een gesprek.

Tot slot aandacht voor de volgende – niet onderhandelbare - aspecten en voorwaarden:

- De zorgaanbieder die voor het eerst start heeft zich gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en daarnaast tevens de 'Checklist Alles Op Orde' van de IGJ doorgelopen;
- De zorgaanbieder heeft niet eerder een overeenkomst voor wijkverpleging met een andere zorgverzekeraar gehad die op initiatief van de zorgverzekeraar is ontbonden;
- De zorgaanbieder kan voldoen aan de kwaliteitscriteria zoals opgenomen in de bijlage;
- De zorgverzekeraar controleert altijd of de zorgaanbieder niet gemeld staat bij afdelingen materiële controle en fraudemeldpunten van (zorg)verzekeraars en of er geen actueel onderzoek gaande is in verband met vermoedens van het leveren van onrechtmatige zorg of van fraude. Indien dit wel het geval is wordt de inschrijving terzijde gelegd en komt de zorgaanbieder niet voor een overeenkomst in aanmerking;

- De aanwezigheid van de koppeling tussen de AGB-code van de instelling en de AGB-code van de hbo-verpleegkundige wordt getoetst. Is deze koppeling er niet dan komt geen contract tot stand;
- De zorgaanbieder levert de zorg grotendeels met medewerkers van de eigen organisatie: er wordt tot een maximum van 35 procent gebruik gemaakt van onderlinge dienstverlening. Daarnaast is het personeel in dienst van de contractpartij: niet toegestaan is het zorgverlenend personeel onder te brengen in een aparte B.V.;
- Het contract wordt uitsluitend via het Zorginkoopportaal van VECOZO gesloten: nieuwe zorgaanbieders dienen derhalve te beschikken over de juiste VECOZO certificaten;
- Met nieuwe zorgaanbieders wordt een afspraak gemaakt voor een marktconform integraal tarief;
- Eno kan besluiten om in geval van een nieuwe zorgaanbieder een omzetplafond (inclusief doorleverplicht voor zittende cliënten) af te spreken;
- De ingangsdatum van de zorgovereenkomst is de eerste van de maand volgend op de goedkeuring van de inschrijving. Er worden géén zorgovereenkomsten met terugwerkende kracht aangegaan om complexe trajecten met creditering van eerder aangeleverde declaraties te voorkomen;
- Onderdeel van de zorgovereenkomst is de verplichting tot het via de declaratie aanleveren van doelgroepen volgens de daartoe landelijk gemaakte afspraken;
- De zorgaanbieder zal gedurende het eerste jaar van het contract actief worden gemonitord op doelmatigheid van zorgverlening.

Kwaliteitscriteria

Algemeen

1. De zorgaanbieder borgt kwaliteit doordat ze beschikt over een (inter)nationaal erkend kwaliteitssysteem dat gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit);
2. Indien de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst wegens achterblijvende kwaliteit een maatregel van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd krijgt opgelegd zullen partijen in overleg treden over een verbeterplan waarmee de geconstateerde kwaliteitsproblemen zullen worden opgelost;
3. De zorgaanbieder werkt met een verpleegkundig classificatiesysteem zoals OMAHA of NANDA, NIC, NOC, ICIDH, RAI of een vergelijkbaar systeem met als doel inzet, inhoud en resultaat van zorg te ordenen en te standaardiseren;
4. De zorgaanbieder draagt zorg voor een duidelijke informatievoorziening via de eigen website. Minimaal wordt actuele informatie opgenomen over:

- de bereikbaarheid van de zorgaanbieder;
- de toegang tot de zorg via zorgbehoeftebepaling door de wijkverpleegkundige;
- het gegeven dat voor geïndiceerde wijkverpleging geen eigen risico en/of eigen bijdrage verschuldigd is;
- het werkgebied van de zorgaanbieder.

5. De zorgaanbieder heeft in de periode 2017-2020 een klanttevredenheidsonderzoek gehouden en heeft in overleg met de cliëntenraad verbeterpunten voortkomende uit het onderzoek aantoonbaar en actief ter hand genomen. De voorgaande zin is niet van toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2020 valt onder verpleging en verzorging;
6. De zorgaanbieder heeft op peildatum 1 januari 2021 de uitkomsten van het klanttevredenheidsonderzoek op haar website gepubliceerd bij voorkeur in de vorm van de Net Promoter Score (NPS). De voorgaande zin is niet van

toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2021 valt onder verpleging en verzorging;

7. De zorgaanbieder heeft gedurende de hele looptijd van de zorgovereenkomst voldoende BIG geregistreerde hbo-verpleegkundigen in loondienst om de indicatiestelling te kunnen uitvoeren en de zorg te kunnen coördineren;
8. De zorgaanbieder zet voor het leveren van de zorg de minimaal vereiste deskundigheidsniveaus in conform de richtlijnen die getoetst worden door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd;
9. De zorgaanbieder heeft de richtlijn 'Veilige principes in de medicatieketen' in haar organisatie geïmplementeerd;
10. De zorgaanbieder werkt zichtbaar en actief met de risicosignalering zorgproblemen zijnde huidletsel, voedingstoestand, incontinentie, valpreventie, depressie en medicatiegebruik zich uitende in, waar relevant en ter beoordeling aan de zorgaanbieder, ingevulde risicoanalyses en de opvolging daarvan in het dossier van de verzekerde;
11. De zorgaanbieder spant zich maximaal in om het aantal in te zetten medewerkers bij één verzekerde zoveel mogelijk te verminderen en hanteert als uitgangspunt dat de planning hierin niet leidend is en dat zoveel mogelijk vanuit de wens van de verzekerde wordt gewerkt;
12. De zorgaanbieder werkt samen met andere relevante partijen ten behoeve van het realiseren van een sluitend zorgaanbod. De zorgaanbieder participeert daartoe actief in het sociale netwerk in haar werkgebied;

Voorwaarden voor het leveren van palliatief-terminale zorg

1. De zorgaanbieder heeft het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg in de organisatie geïmplementeerd;
2. De zorgaanbieder is voor palliatief-terminale zorg 24 uur per dag 7 dagen in de week beschikbaar;
3. De zorgaanbieder heeft hiertoe een goede bereikbaarheid en adequate achterwachtingregeling georganiseerd;
4. De zorgaanbieder maakt actief gebruik van de inzet van informele zorg en Vrijwilligers Terminale Thuiszorg bij 24-uurs toezicht, hetgeen aantoonbaar is opgenomen in het zorgplan;
5. De zorgaanbieder maakt optimaal gebruik van consultatievoorzieningen;
6. De zorgaanbieder levert gemiddeld maximaal 12,6 uur zorg per etmaal per verzekerde over een periode van maximaal drie maanden;
7. Afhankelijk van de situatie van de patiënt, kan het waken onderdeel zijn van de zorg mits de wijkverpleegkundige het waken indiceert vanuit een verpleegkundige of verzorgende noodzaak en dat heeft onderbouwd in het zorgplan. De momenten waarop de cliënt rust of slaapt en zorgverleners enkel aanwezig zijn zonder verpleegkundige of verzorgende noodzaak, kunnen niet worden geïndiceerd.

Voorwaarden voor het leveren van individueel casemanagement dementie

1. De zorgaanbieder neemt deel aan een regionale dementieketen die over de domeinen van Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning en Wet langdurige zorg heen is georganiseerd;
2. De deelname van de diverse actoren in de regionale dementieketen is vastgelegd in een convenant, dat op verzoek van de zorgverzekeraars kan worden overlegd.

Voorwaarde voor het leveren van farmaceutische telezorg

1. In het zorgplan van de betrokken verzekerde is vastgelegd dat verzekerde is aangewezen op hulp bij inname van medicijnen en kiest voor farmaceutische telezorg.