

Zorginkoopbeleid 2023

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

1. Zorginkoopbeleid Geestelijke gezondheidszorg

Met het zorginkoopbeleid Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) informeren wij u over onze uitgangspunten bij de inkoop van GGZ. Wat mag u van ons verwachten? En wat vragen wij van u als zorgaanbieder.

Het jaar 2023 staat in het teken van de doorontwikkeling van het Zorgprestatie­model. Wij volgen de landelijke ontwikkelingen en afspraken die van invloed kunnen zijn op de zorginkoop 2023. Op het moment van publiceren van dit zorginkoopbeleid zijn deze afspraken nog niet bekend. Wanneer dit wel het geval is, publiceren wij het aanvullende beleid.

1.1. Visie op GGZ

Eno sluit zich aan bij de gezamenlijke visie zorgverzekeraars op de GGZ in 2025¹.

Voor een optimale geestelijke gezondheid is het niet alleen van belang medisch te herstellen, maar ook om maatschappelijk volwaardig te 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 Midden IJssel, conform vastgestelde regiovisie, actief samen met gemeenten, zorgaanbieders, huisartsen en andere ketenpartners om verzekerden naast behandeling ook de juiste begeleiding en ondersteuning te bieden. Eno heeft hierin een stimulerende en faciliterende rol, om in gezamenlijkheid in de regio te streven naar verbeteringen in de GGZ-keten, zodat onze verzekerden de juiste zorg op de juiste plek ontvangen.

Regio Midden IJssel

We kiezen er bewust voor om onze focus te leggen op de regio Midden IJssel en de provincies Overijssel en Gelderland. Daar gaan wij met aanbieders in gesprek en maken we maatwerkafspraken. Daarbuiten, waar ons marktaandeel minimaal is, kiezen we grotendeels voor gestandaardiseerde zorginkoop en ligt de focus op een goede contracteergraad om aan onze zorgplicht te voldoen. Bij grotere aanbieders buiten de regio besluiten wij zelfstandig om inhoudelijke en innovatieve afspraken van andere verzekeraars te volgen.

1.1.1. Zorgprestatie­model

In 2022 is het Zorgprestatie­model (ZPM) ingevoerd. Dit model geeft op termijn sneller inzicht in zorguitgaven, omdat prestaties zijn gekoppeld aan een dag in plaats van aan een zorgtraject van 365 dagen. Eno ziet in deze bekostiging kansen om in de toekomst afspraken te maken op de inhoud van zorg.

Daar waar voor de inkoop 2022 onze inspanningen vooral gericht waren op het omzetten van huidige contractafspraken naar het nieuwe model ontwikkelen wij richting de inkoop 2023 het beleid verder door. Het daadwerkelijk kunnen sturen hangt echter samen met de landelijke veldafspraken en beschikbaarheid van data. Wanneer landelijke ontwikkelingen leiden tot wijzigingen en/of aanvullend zorginkoopbeleid publiceren wij dit tijdig op onze website.

1.2. Inkoopkader

1.2.1. Zorgverzekeringswet

Dit zorginkoopbeleid betreft de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het inkoopdomein van de curatieve geestelijke gezondheidszorg beslaat de GGZ-instellingen en de vrijgevestigde GGZ-zorgaanbieders die ambulante en klinische zorg leveren binnen het Zorgprestatie­model.

¹ Zie: <https://www.zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=5163548672>

Eno koopt geen GGZ in die in het buitenland geleverd wordt. De contractering van POH-GGZ loopt via de contractering Huisartsenzorg. U vindt hierover meer op de pagina Huisartsenzorg.

1.2.2. Inkoopkader acute GGZ

De eerste 72 uur van de crisiszorg wordt via representatie ingekocht. Dit betekent dat de twee grootste zorgverzekeraar (de marktleider samen met de tweede marktleider) in een bepaalde regio ook namens alle andere zorgverzekeraars de contracten sluit met de zorgaanbieders. Eno is geen marktleider voor de acute GGZ. Vanuit onze regionale verantwoordelijkheid in Midden IJssel, als onderdeel van de crisisregio Zwolle (ROAZ), volgen we actief de ontwikkelingen en zijn wij aanspreekbaar wanneer dit leidt tot knelpunten.

1.2.3. GGZ in de Wet langdurige zorg

Zorg die wordt ingekocht bij verpleeg- of verzorgingshuizen wordt gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) en valt daarmee buiten dit inkoopkader. Vanaf 2021 krijgen patiënten die permanent toezicht of 24-uur per dag zorg in nabijheid nodig hebben toegang tot de Wlz. De aanspraak op GGZ-behandeling voor Wlz- patiënten blijft ook in 2023 tijdelijk via de Zorgverzekeringswet (Zvw) van kracht en valt daarmee wel onder dit inkoopkader. Een uitzondering hierop zijn de patiënten die behandeling met verblijf van dezelfde zorgaanbieder ontvangen. De inkoop van deze zorg verloopt via de zorgkantoren. Eno spant zich in de regio samen met Zorgkantoor Midden IJssel ervoor in dat de overgang voor de patiënten soepel verloopt. Voor de inkoop 2023 gaan wij in gesprek met aanbieders over het langdurig medisch verblijf binnen de Zorgverzekeringswet en de overgang naar de Wlz.

1.2.4. Financieel kader

Bij de invoering van het ZPM zijn de inkoopafspraken 2022 gemaakt op basis van landelijke vastgestelde tarieven rekening houdend met de kaders van het Hoofdlijnenakkoord 2019-2022. De huidige financiële afspraken vormen de basis voor de afspraken 2023. Op het moment van schrijven van voorliggend zorginkoopbeleid hebben wij nog onvoldoende zicht op de financiële impact van het ZPM en de effecten van de verwachte herallocatie. Ook is er op dit moment een nieuw landelijk zorgakkoord in ontwikkeling. Indien er in het macrokader wijzigingen plaatsvinden die van invloed zijn op ons zorginkoopbeleid informeren wij u via onze website hierover.

1.3. Minimale eisen aan zorgaanbieders

Eno sluit aan bij de minimaal geldende eisen vanuit de beroepsgroep. Hierin staat dat de zorg verleend wordt conform de privacywetgeving en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG). Als in deze richtlijnen bepaalde kwaliteitseisen staan, worden deze opgenomen in onze overeenkomsten.

Eno onderscheidt in haar contractering individuele zorgaanbieders (vrijgevestigden) en instellingen. Hiervoor gelden algemene minimale eisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. Bij vrijgevestigde praktijken passen we tariefdifferentiatie toe wanneer er sprake is van een erkende opleidingsplek. Wij stellen een aantal specifieke prestaties voor binnen het Zorgprestatiemodel met aanvullende eisen om in aanmerking te komen voor een contract.

1.3.1. Minimale eisen individuele zorgaanbieders (vrijgevestigden)

Wij vinden het belangrijk dat vrijgevestigde praktijken zorg dicht bij huis leveren, in een kleinschalige praktijk met continuïteit van (regie)behandelaren.

Onder een vrijgevestigde verstaan wij een praktijk met:

- Maximaal 8 fte regiebehandelaren;
- Maximaal 3 behandellocaties.

De vrijgevestigde:

- Beschikt over een geldig en geregistreerd Kwaliteitsstatuut, sectie II; heeft een (persoonlijke) AGB-code;
- Zorgt ervoor dat er ten minste 80 procent van de openingsuren (per locatie) een regiebehandelaar aanwezig is;
- Levert wachttijdinformatie aan bij Vektis conform de NZa-transparantieregeling;
- handelt conform de landelijke verwijzingsregels GGZ;

- Is gevestigd in Nederland;
- Declareert elektronisch via VECOZO.

1.3.2. Minimale eisen instellingen

Instellingen, inclusief de psychiatrische afdelingen van het algemeen ziekenhuis (PAAZ), psychiatrische universitaire klinieken (PUK) en aanbieders van beveiligde zorg, die in aanmerking komen voor een overeenkomst moeten voldoen aan de eisen die de Wtza stelt.

De instelling:

- Beschikt over een geldig en geregistreerd Kwaliteitsstatuut, sectie III;
- Handelt conform de landelijke verwijzingsregels GGZ;
- Levert wachttijdinformatie aan bij Vektis conform de NZa-transparantieregeling;
- Is gevestigd in Nederland;
- Declareert elektronisch via VECOZO;
- Geeft uitvoering aan de criteria vanuit verzekerde- en familieperspectief zoals opgesteld door het MIND Landelijk Platform voor het jaar 2020 bij de organisatie en levering van de zorg. Deze criteria zijn te vinden op de website van het MIND Landelijk Platform via de website: www.mindplatform.nl;
- Stelt zich ten doel om de verzekerdenveiligheid te vergroten, bijvoorbeeld via de Handreiking Veilig Incidenten Melden (VIM), de Handreiking Veiligheidscultuur en de Handreiking integrale aanpak brandveiligheid;
- Beschikt over een gecertificeerd VMS (veiligheidsmanagementsysteem) of is gecertificeerd op het HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) - certificatieschema voor GGZ-instellingen.
- Indien sprake van beveiligde zorg handelt de instelling conform het convenant Capaciteit Beveiligde Bedden Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg.

1.3.3. Aanvullende eisen bij contractering voor specifieke prestaties

Aanvullende eisen contractering prestaties hoogspecialistisch

Op dit moment is er veel onduidelijkheid over de omvang en kenmerken van de vraag (en de zorgkosten) van de hoogspecialistische zorg. Dit maakt het lastig om goede inkoopafspraken te maken. Voor 2023 verkennen wij de mogelijkheid voor (selectieve) inkoop van zorg die geleverd wordt in de setting hoogspecialistisch. Zodra hier meer duidelijkheid over is publiceren wij aanvullend beleid op onze website.

In de basis gelden voor aanbieders die zorg leveren in de setting hoogspecialistische GGZ, dezelfde minimale eisen die hierboven opgesomd staan. Specifiek voor de setting hoogspecialistisch gelden aanvullend:

- De afdeling(en) waar door de Zorgaanbieder zorg in setting 8 hoog specialistische GGZ van het Zorgprestatiemodel geleverd mag worden staan vermeld op de limitatieve lijst hoog specialistische GGZ.
- Voor de definitie en afbakening van de hoog specialistische setting sluiten partijen aan bij de *Handreiking contractering hoog specialistische GGZ*.
- Hoog specialistische GGZ wordt alleen gedeclareerd voor de doelgroep waarvoor de betreffende afdeling het TopGGZ keurmerk heeft ontvangen of voor cliënten die worden behandeld in een Psychiatrische Universiteitskliniek, dan wel Medisch Psychiatrische Unit, en alleen indien de cliënt:
 - a. last heeft van ernstige, complexe en/of zeldzame aandoeningen of complicaties die om een hoog specialistische aanpak vragen of er sprake is van een voorspelbaar ernstig beloop van de klachten dat vermijdbaar is door het hoog specialistisch zorgaanbod;
 - b. onvoldoende baat heeft gehad of naar verwachting onvoldoende baat zal hebben bij een behandeling conform de professionele standaard in de specialistische GGZ;
 - c. naar verwachting zal profiteren van hoog specialistische GGZ.

Dit wordt vastgelegd in het dossier van de verzekerde.

- De hoog specialistische zorg wordt zo snel mogelijk afgeschaald naar zorg in de gespecialiseerde ggz, zodra de hoog specialistische zorg niet meer nodig is. Dit betekent dat de aanbieder van hoog specialistische zorg functioneert in een keten met reguliere specialistische ggz, binnen en/of buiten de eigen ggz-instelling/ziekenhuis.
- Indien beschikbaar wordt een gevalideerde decision tool gebruikt om patiënten toe te wijzen aan de setting hoog specialistische zorg

Voor aanbieders die zorg leveren in deze setting en waar Eno nu nog geen contract mee heeft, verwijzen we naar 1.8.4. Procedure beoordeling nieuwe aanbieders. In 2022 hanteert Eno in alle polissen een machtiging voor de setting hoogspecialistische zorg. Voor 2023 heroverwegen wij in onze productontwikkeling deze toestemmingsvereiste.

Aanvullende eisen contractering esketamine neusspray (Spravato)

Hoewel esketamine neusspray een innovatief middel is dat uitkomst kan bieden voor onze verzekerden met een therapieresistente depressie, zijn er tegelijkertijd veel onzekerheden. Op dit moment is er onduidelijkheid over de omvang en kenmerken van de vraag (en de zorgkosten). Dit maakt het lastig om goede inkoopafspraken te maken.

Minimale criteria om in aanmerking te komen voor een contract zijn in elk geval de criteria zoals deze in 2021 door de NVVP zijn vastgesteld: De criteria kunt u teruglezen op onze website.

Voor 2023 verkennen wij samen met andere zorgverzekeraars de mogelijkheid voor gezamenlijke (selectieve) inkoop van esketamine neusspray. Mogelijk leidt dit tot aanvullende criteria om in aanmerking te komen voor een contract. Zodra hier meer duidelijkheid over komt zullen wij aanvullend beleid op onze website publiceren.

In 2022 hanteert Eno in alle polissen een machtiging voor esketamine neusspray. Voor 2023 zullen wij in onze productontwikkeling deze toestemmingsvereiste continueren.

1.4. Kwaliteit

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 zorgverzekeringmerken van Eno.

1.4.1. Kwaliteitsstatuut

U bent wettelijk verplicht om over een geldig en goedgekeurd Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 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 dient u het kwaliteitsstatuut openbaar te maken, door deze aan te bieden op de eigen website. Wij zien het kwaliteitsstatuut als een middel om de kwaliteit van zorg te borgen. Een document alleen is niet voldoende. U monitort dat het kwaliteitsstatuut op gepaste wijze binnen uw organisatie nageleefd wordt.

1.4.2. Gebruik zorgprogramma's en kwaliteitsstandaarden

U heeft voor de meest voorkomende stoornissen die behandeld worden binnen de instelling of praktijk zorgprogramma's ontwikkeld en geïmplementeerd. De zorgprogramma's zijn gebaseerd op richtlijnen, ontwikkeld door de beroepsgroep, bevatten in- en exclusiecriteria en objectieve uitstroomcriteria en sluiten aan bij de implementatie van de zorgstandaarden bij Akwa GGZ. Deze zorgprogramma's zijn voor verzekerden zichtbaar op de website en/of op schrift, zodat verzekerden kunnen zien hoe de zorg is georganiseerd, welke behandeling met welke frequentie wordt ingezet, hoe en op welke momenten de zorg wordt geëvalueerd en wat het resultaat is dat zij kunnen verwachten. 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. U zorgt voor een goede en tijdige terugkoppeling aan de huisarts van de verzekerde over de behandeling.

1.4.3. Professionele zorgverleners en de regiebehandelaar

Binnen de GGZ kunnen vele (verschillende) beroepsgroepen bijdragen aan de geneeskundige behandeling van een patiënt. Daarbij is het van belang dat alle zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt in samenhang werken, conform bewezen effectieve interventies. U 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.

Daar waar verschillende behandelaren en disciplines betrokken zijn bij een behandeling vinden wij het van belang dat er in een multidisciplinair overleg (MDO) wordt samengewerkt. Hiervoor hanteren wij de volgende criteria:

- Ieder lid van het MDO is persoonlijk betrokken bij de behandeling;
- Er wordt voldoende tijd genomen voor overleg en voor het betrekken van verschillende disciplines;
- Er bestaat een duidelijke taakverdeling en verdeling van verantwoordelijkheden;
- Er wordt periodiek geëvalueerd of het MDO optimaal functioneert;
- De patiënt heeft een aanspreekpunt, een persoon die als coördinator fungeert en waarbij de patiënt snel terecht kan met vragen;
- 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 beeldbellen).
- Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team.

1.4.4. Kwaliteitskader voor verslavingszorg

Eno hanteert in het zorginkoopbeleid specifieke afspraken voor verslavingszorg waarbij het rapport 'Verslavingszorg in beeld' van het Zorginstituut Nederland leidraad was. Hiermee streeft Eno naar een doelmatige en rechtmatige inkoop die effectief is voor verzekeren. 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 ambulans dan wel klinisch wordt aangeboden. Ons kader voor verslavingszorg is te vinden als bijlage bij dit inkoopbeleid.

1.5. Passende zorg

Onder passende zorg verstaan we zorg die nodig is, waarde toevoegt en bijdraagt aan kwaliteit van leven, en die aansluit bij behoeften en omstandigheden van de individuele patiënt. Passende zorg is zorg die samen met de patiënt tot stand komt, betekent de juiste zorg op de juiste plek en gaat niet over ziekte, maar over gezondheid en preventie.

1.5.1. Doelmatigheid en gepast gebruik

Eno wil duurzame, toegankelijke en betaalbare zorg inkopen. Dat betekent ook dat wij sturen op doelmatigheid en gepast gebruik. Uitgangspunt is dat de zorgaanbieder zorg verleent die binnen de aanspraken van de Zvw valt en die volgens de professionele richtlijnen gepast en doelmatig is. In ons beleid hanteren wij 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 verblijf;
- Zorgaanbieders hanteren duidelijke in- en uitstroomcriteria die op verzoek aan ons overhandigd kunnen worden;
- We gaan met een aantal van u in gesprek over de doelmatigheid van hun geleverde zorg. Hiervoor kunnen wij bijvoorbeeld werkbezoeken plannen;
- 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;
- Eno sluit aan bij de nog op te leveren veldnormen voor gepast gebruik die vanuit het landelijk project Zorgprestatiemodel in samenwerking met het veld ontwikkeld worden.
- Wij sluiten aan bij de afspraken m.b.t. Horizontaal Toezicht.

1.5.2 Patiëntgerichte zorg

De zorg dient zodanig te worden ingericht dat deze aansluit bij de behoefte van de patiënt waarbij 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. De zorgvraagtypering die binnen het Zorgprestatiemodel wordt ingevoerd levert hier een belangrijke bijdrage aan.

Behandeldoelen worden altijd samen met de patiënt vastgesteld en waar mogelijk in samenspraak met de omgeving van patiënt. Hierbij is het van belang dat nadrukkelijk de koppeling wordt gemaakt met zorg en ondersteuning die vanuit andere domeinen geleverd wordt. Hiervoor is het nodig dat behandelaren kennis hebben van de ketenpartners in hun

regio en er samenwerking tot stand komt. Het lopende project tussen Stichting Vriendendiensten en de Dimence-groep is in de regio Midden IJssel is hier een goed voorbeeld van.

Onder patiëntgerichte zorg verstaan wij ook dat u uw communicatie en behandeling aanpassen aan het begripsniveau van de patiënt 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, gaan wij er vanuit dat u uw cliëntenraden om input vraagt ten behoeve van het inkoopproces. In regionale overleggen met ketenpartners vinden we het van belang dat er een afvaardiging vanuit patiënten vertegenwoordigd is.

1.6. Juiste Zorg op Juiste Plek

Voorkomen van zorg

Eno zet in haar regio in op gezondheid en preventie door samenwerking met het sociale domein. Eno heeft haar visie op gezondheid en preventie verwoord. U leest er meer over in het document Visie op Gezondheid & Preventie. Deze kunt u lezen op onze website.

GEM

Eno sluit zich aan bij de landelijke ingezette beweging waarbij een omslag moet worden gemaakt naar een andere omgang met psychische kwetsbaarheid en naar het ontwikkelen van mentale gezondheid.

In Deventer is een coalitie opgestart voor Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM). GEM gaat neergezet worden als een regionaal experiment om op een nieuwe manier naar mentale zorg te kijken en handelen, zodat mensen met mentale problemen minder last ondervinden en zorginstellingen minder overbelast raken. Eno participeert in dit experiment.

Verplaatsing van zorg

Hoewel er in het zorgprestatie-model voor de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ dezelfde prestaties gaan gelden, vinden wij het als verzekeraar belangrijk dat het onderscheid in de praktijk herkenbaar blijft. Zodat behandeling van klachten met laagcomplexere problematiek en een laag tot matig risico niet onnodig in (dure) settings plaatsvindt.

Eno is van mening dat zorgvragen die thuishoren in de monodisciplinaire setting met één behandeltraject afgerond kunnen worden.

Daarnaast zetten we in de regio in op het voorkomen van (onnodige) instroom, het verbeteren van de doorstroom en uitstroom. Hiervoor wordt door Eno domeinoverstijgend samengewerkt met het dossier huisartszorg als het gaat over verwijfsafspraken, consultatiefunctie en inzet POH. Maar ook met andere financiers zoals gemeenten en Zorgkantoor.

Vervangen van zorg door inzet digitalisering

Tijdens de coronacrisis bleek dat digitale zorg niet alleen kan bijdragen aan kwaliteit van zorg en leven, maar ook aan de toegankelijkheid van zorg. Ook is digitale zorg een middel om eigen regie en onafhankelijkheid van patiënten te vergroten. Zorgverzekeraars willen de ontwikkeling en inzet van digitale zorg daarom samen met zorgaanbieders versnellen. We streven daarbij gezamenlijk naar goede zorg, die aansluit bij de behoefte van de patiënt, op de juiste plek geleverd wordt en een redelijke prijs heeft. Digitalisering kan op die manier de effectiviteit van de zorg vergroten, bijdragen aan de betaalbaarheid, de kwaliteit op peil houden of verbeteren en de overspannen arbeidsmarkt in het zorgveld verlichten.

Landelijk beleid

Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben voor de komende jaren uniforme ambities en doelen gesteld als het gaat om digitale zorg.

Ambitie 1. Keuzerecht van de patiënt en Samen Beslissen als belangrijk vertrekpunt: digitaal waar het kan, fysiek waar het moet – maar altijd in overleg met de patiënt.

Doel a: Zorgaanbieders organiseren de beschikbaarheid van hybride en digitale zorg en maken hun aanbod transparant op hun website. Zorgaanbieders geven al hun patiënten een keuze in fysieke of digitale zorg of een mix hiervan (hybride zorg) en maken deze keuze met de patiënt samen.

Doel b: Zorgaanbieders spannen zich in om de digitale vaardigheden van hun zorgmedewerkers en patiënten te verbeteren door hen te ondersteunen in het gebruik van digitale zorgtoepassingen.

Ambitie 2. Digitale zorg ter bevordering van toekomstbestendige, duurzame zorg

Wij zien digitale gegevensuitwisseling en het opschalen van bewezen digitale zorgtoepassingen als belangrijke uitgangspunten om de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden, de kwaliteit van zorg te verhogen, administratieve lasten te verminderen en zorg op een duurzame wijze te verlenen.

Doel a: Zorgaanbieders zorgen er, met betrokken leverancier(s), voor dat iedere patiënt, en de bij zijn of haar betrokken zorgverlener, met toestemming van de patiënt, op elk moment en op elke plek, over de juiste betrouwbare patiëntinformatie kan beschikken op basis van de landelijke vastgestelde standaarden en infrastructuren.

Doel b: Bewezen effectieve digitale zorgtoepassingen zijn geïntegreerd in nieuwe hybride/digitale zorgpaden; het gaat om vervanging van bestaande zorg in plaats van een handeling erbij of het digitaliseren van het bestaande zorgpad.

Doel c: Met meer digitale zorgtoepassingen zetten zorgaanbieders in op de juiste zorg op de juiste plek. Digitaal en dichtbij waar het kan, fysiek en verder weg als het moet. Uitgangspunt is dat dat niet ten koste gaat van effectiviteit en kwaliteit, hierover maken zorgverzekeraars afspraken met de zorgaanbieders.

Ambitie 3. Inzetten van data voor betere en meer gepersonaliseerde zorg

Data die gestructureerd verzameld wordt tijdens én over het zorgproces* is van waarde in het organiseren van betere en meer gepersonaliseerde zorg. Zorgaanbieders en verzekeraars zetten zich gezamenlijk in om data die in het zorgproces worden vastgelegd, (AVG-)compliant, op de juiste plekken beschikbaar te maken voor nieuwe toepassingen.

Doel a: Registreren van data en beschikbaar stellen: zorgaanbieders registreren data waar mogelijk op uniforme wijze conform standaarden en richtlijnen en nemen deel aan bestaande (kwaliteits)registraties. Ze spannen zich in om deze data, op (AVG-)compliant en duurzame wijze, beschikbaar te stellen aan, in gezamenlijkheid geselecteerde, initiatieven en partijen. De data worden gebruikt voor het (door)ontwikkelen van data gedreven zorgtoepassingen en initiatieven zonder dat dit tot extra administratieve last leidt.

Doel b: Deelnemen en toepassen van inzichten: zorgaanbieders nemen deel aan voor hen relevante initiatieven door data en eventueel expertise (duiding) beschikbaar te stellen. Daarnaast passen zorgaanbieders de inzichten die deze initiatieven opleveren toe in de zorgpraktijk; het lerend zorgsysteem.

Eno beleid

Eno stimuleert in haar contractering GGZ de inzet van digitalisering en e-health. Dit kan zijn (volledig) digitaal behandelen, inzet van communities, digitale consultaties en het gebruik van apps. Ons uitgangspunt is digitaal waar het kan, fysiek waar het moet. Waar mogelijk volgen wij innovatieprestaties bij de zorginkoop. Voor de inkoop 2023 gaan wij met onze maatwerkaanbieders in gesprek over de landelijke ambities op het gebied van digitalisering en werken we toe naar specifieke afspraken over de inzet van digitalisering. Voorwaarde hiervoor is dat in de realisatie inzichtelijk kan worden gemaakt welke zorg digitaal wordt geleverd, inclusief de onderbouwing met data dat het effect op de totale productieafspraken en/of de toegankelijkheid van zorg heeft.

1.7. Toegankelijkheid

Wij vinden het van belang dat al onze verzekerden tijdig zorg ontvangen. Wij streven een hoge contracteergraad na, zowel in de regio als daarbuiten.

Aanpak wachttijden

We vinden het belangrijk dat de zorg binnen de Treeknormen geleverd wordt. Wij zetten ons in om voldoende zorg in te kopen en maken gebruik van zorgbemiddeling ten behoeve van onze verzekerden. Eno zal overeenkomstig het beoordelingskader zorgplicht van de NZa actief de wachttijstproblematiek monitoren. Hiervoor is het van belang om inzicht te krijgen in het aantal wachtenden. Van u vragen wij om te handelen conform de Transparantieregeling zorgaanbieders GGZ van de NZa.

Eno conformeert zich aan de landelijke Ontwikkelagenda Toegankelijkheid en Wachttijden GGZ. In de regio Midden IJssel spannen wij ons in om gezamenlijk met onze ketenpartners de wachttijden binnen de Treeknorm te brengen. Als partner in de regio Midden IJssel nemen wij daarvoor onder andere deel aan het regionaal platform GGZ. Daarbij stimuleren wij een transfermechanisme, waarin we naast samenwerking tussen GGZ-aanbieders ook een belangrijke rol zien weggelegd voor samenwerking met de huisartsenzorg en het sociale domein. Buiten de regio volgen wij de oplossingsrichtingen die daar op regionaal niveau worden afgesproken.

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

Consultatiefunctie sociaal domein

Eno volgt de ontwikkelingen over de inzet van een consultatiefunctie waarbij professionals met elkaar overleggen over de inzet van de juiste zorg of ondersteuning.

Het Zorginstituut heeft in mei 2021 de uitspraak gedaan dat consultatie van de GGZ door het sociaal domein ten laste van de Zvw kan worden gebracht als het gaat om het voorkomen van (zwaardere) zorg. Er is dan sprake van geneeskundige zorg, dan wel een grote verwevenheid daarmee.

Op het moment is hier binnen de huidige bekostiging nog geen financiering voor. Daarnaast is er een aantal randvoorwaarden rondom controle en verantwoording nog niet ingevuld. Dat betekent dat we hier vooralsnog nog geen inkoopafspraken over kunnen maken. Wij volgen de landelijke ontwikkelingen op dit onderwerp. Zodra hier meer over bekend wordt publiceren wij, indien nodig, aanvullend zorginkoopbeleid.

Inkoop van zorg voor specifieke patiëntengroepen

Langdurig medisch noodzakelijk verblijf GGZ

Patiënten 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. Wanneer u deze zorg levert, dient u aantoonbaar te beschikken over faciliteiten en programma's die de zelfredzaamheid van de patiënten bevorderen, waardoor ambulantisering van de zorg mogelijk wordt en de patiënt kan terugkeren naar de thuissituatie of een beschermde woonvorm. Bij de inkoop van het langdurig medisch noodzakelijk verblijf is het een vereiste dat u als aanbieder een duidelijk beleid hanteert met betrekking tot de instroom en doorstroom van verzekerden. Vanaf 2021 geldt dit specifiek voor cliënten die overgaan van de Zvw naar de Wlz.

Bij Eno dient voorafgaand aan de overgang naar het tweede verblijfjaar en bij verlengd verblijf (het derde verblijfjaar), een machtiging te worden aangevraagd, namens de verzekerde, door u. De aanvraag voor deze machtiging moet uiterlijk twee maanden voor de voorziene overgang bij ons worden ingediend. U hanteert hierbij de landelijk afgesproken checklist. Deze kunt u vinden op onze website. Voor de inkoop 2023 gaan wij in gesprek met aanbieders in de regio over het langdurig medisch verblijf binnen de Zorgverzekeringswet en de overgang naar de Wlz.

Complexe casuïstiek

De zorgaanbieder handelt bij complexe casuïstiek conform het landelijk plan van aanpak hoogcomplexe GGZ van 13 maart 2020. Deze is te raadplegen op de website van Eno. Voor patiënten voor wie, als uitkomst van een complexe casuïstiektafel, een plek wordt gevonden voor curatieve GGZ, zeggen wij passende financiering toe. Als deze financiering niet binnen de reguliere contractafspraken past spreken wij maatwerk-arrangementen af. Hiervoor verwachten wij wel een door u onderbouwde opgave van de verwachte kosten.

Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde zorg

Eno volgt de implementatie van de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde zorg. In 2023 zijn wij bereid om voor deze specifieke zorg afspraken te maken. Bij de ketenveldnorm gaat het om groep met een complexe zorgvraag die per jaar kan verschillen in intensiteit. Deze groep zorgt niet noodzakelijkwijs maar wel mogelijk voor overschrijding van de gemaakte afspraken met een zorgverzekeraar. Voorwaarde hiervoor is dat in de productie inzichtelijk wordt gemaakt welke cliënten onder de ketenveldnorm vallen en ze te onderscheiden van de reguliere cliënten. Het gesprek kan worden aangegaan en dient daarbij onderbouwd te zijn met data over de aanvullende kosten en het effect dat dit heeft op de totale productieafpraak en de maximale behandelkosten zoals deze overeengekomen zijn in de initiële productieafpraak tussen partijen.

Wet verplichte GGZ (Wvvggz)

Wij vinden het belangrijk dat zorg die geleverd wordt vanuit de Wvvggz geborgd blijft. Met onze maatwerkaanbieders maken wij afspraken op basis van nacalculatie voor deze specifieke doelgroep. Voorwaarde hiervoor is dat in de productie inzichtelijk kan worden gemaakt welke cliënten onder de Wvvggz vallen en ze te onderscheiden van de reguliere cliënten. Het gesprek kan worden aangegaan en dient daarbij onderbouwd te zijn met data over de aanvullende kosten en het effect dat dit heeft op de totale productieafpraak en de maximale behandelkosten zoals deze overeengekomen zijn in de initiële productieafpraak tussen partijen. Dit kan onder andere door de deelprestatie voorbereiding zorgmachtiging.

Transgenderzorg

Eno gaat er van uit dat de benodigde diagnostiek en psychologische zorg die wordt geleverd binnen een transgendertraject via de reguliere zorginkoop plaatsvindt. Daarbij vinden we het belangrijk dat u samenwerkt in een netwerk van zorgverleners op het gebied van transgenderzorg.

Gezien het beperkte marktaandeel van Eno zien wij op dit moment geen aanleiding om hier specifieke inkoopafspraken over te maken. Wij monitoren actief de toegankelijkheid van zorg o.a. via onze zorgbemiddeling en volgen de landelijke ontwikkelingen op deze specifieke zorg. Indien dit aanleiding geeft tot wijzigingen in ons beleid publiceren wij aanvullend beleid.

1.8 Vermindering administratieve lasten

Eno streeft ernaar om de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden. Eno sluit zich aan bij de landelijke afspraken rondom terugdringen van de administratieve lasten, waaronder:

- Landelijke verwijsafspraken;
- Landelijke veldnormen voor gepast gebruik;
- Uniforme declaratieparagraaf;
- Algemene uniforme bepalingen in overeenkomsten;
- Uniforme productiemonitor.

(lijst is niet uitputtend)

1.8.2 Meerjarenovereenkomsten

Eno is voornemens om meerjarige overeenkomsten af te sluiten voor aanbieders in de digitale contractering. De onzekerheid van het ZPM bepaalt bij welke inkoopcategorieën we dit voor het jaar 2023 al kunnen gaan toepassen. Zodra hier meer over bekend is publiceren wij aanvullend beleid/informatie.

Met maatwerkinstellingen verkennen we de mogelijkheid voor meerjarenovereenkomsten. Belangrijk hierbij vinden we: inzet van passende zorg, Juiste Zorg op de Juiste Plek, aanpak wachttijden, substitutie naar lichtere vormen van zorg en digitalisering. Voorwaarde hierbij vinden we dat doelstellingen zo SMART mogelijk geformuleerd worden en er aantoonbare monitoring plaatsvindt.

1.9 Procedure zorginkoop

Wij vinden het belangrijk dat onze inkoopprocedure transparant is voor u als zorgaanbieder. Eno hanteert in de contractering verschillende werkwijzen om tot een passende inkoop afspraak te komen. Als u op dit moment een contract heeft met Eno en u wilt voor 2023 ook een contract met Eno, dan is het niet nodig om hierover contact met Eno op te nemen. U ontvangt namelijk automatisch een contract aanbod voor 2023.

Inkoopprocedure

Voor de contractering maakt Eno onderscheid tussen:

1. Digitale contractering: een volledig digitaal proces, er wordt een gestandaardiseerd aanbod in VECOZO aangeboden. Deze werkwijze geldt voor:
 - a. alle vrijgevestigde zorgaanbieders en de instellingen met een beperkt aandeel in de zorgkosten van Eno. De meeste aanbieders vallen in deze categorie;
 - b. PUK/PAAZ instellingen: digitale contractering d.m.v. een aanbod dat specifiek op deze gespecialiseerde instellingen is afgestemd.

2. Maatwerkafspraken: een reeks van persoonlijke inkoopgesprekken met aanbieders binnen onze kernregio of afstemming per e-mail met instellingen buiten onze kernregio waarbij sprake is van een substantieel marktaandeel voor Eno.

VECOZO en contracteermodule

Alle overeenkomsten worden aangeboden via de contracteermodule van VECOZO.

De aanbieders die onder het segment digitale contractering vallen, ontvangen vanaf 26 september 2022 een uitnodiging om een vragenlijst in VECOZO-uitvraagmodule in te vullen. Op basis van de ingevulde vragenlijst wordt via de VECOZO-contracteermodule een passende zorgovereenkomst 2023 aangeboden. In deze vragenlijst kunt u ook aangeven in welke setting u de zorg levert. U ontvangt op grond van de ingevulde vragenlijst een passend aanbod voor 2023. Het is voor zorgaanbieders die in deze categorie zijn ingedeeld niet mogelijk om maatwerkafspraken met Eno overeen te komen. We maken hierin een pragmatische keuze, gebaseerd op een zo laag mogelijke administratieve belasting voor beide partijen.

Eno hanteert bij haar digitale contractering de indeling van de settings van de landelijke veldnormen die opgesteld zijn om de settings eenduidig te definiëren en zoals gepubliceerd in de geldende NZa informatiekaart settings in het zorgprestatie model.

Voor wat betreft de aanbieders waarmee Eno maatwerk afspraken maakt, stemmen we de prijslijst via de VECOZO-onderhandelmodule met u af. Omdat Eno met name een regionale verzekeraar is en de maatwerkafspraken met zorgvuldigheid wil behandelen valt slechts een kleine groep zorgaanbieders in deze categorie.

Disclaimer procedure zorginkoop

In 2022 is het nieuwe Zorgprestatie model ingevoerd. Gedurende dit jaar (2022) wordt er echter door landelijke partijen nog gewerkt aan o.a. veldnormen, afspraken en regelgeving welke van invloed kunnen zijn op de zorginkoop voor 2023. Wanneer er na publicatie van ons zorginkoopbeleid nieuwe informatie beschikbaar komt die relevant is voor de zorginkoop dan wordt dit zo goed mogelijk in de gepubliceerde werkwijze verwerkt.

1.8.2. Tijdspad

Wij streven naar een tijdige aanbieding van de overeenkomst, zodat u voldoende tijd heeft de voorwaarden voor de overeenkomst in overweging te nemen en wij tijdig aan verzekerden inzichtelijk kunnen maken welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd in 2023. Eno hanteert voor de GGZ de volgende planning voor het inkoopproces.

Fase	Datum
Publicatie zorginkoopbeleid 2023 op www.eno.nl	1 april 2022
Sluitingstermijn voor nieuwe zorgaanbieders om zich kenbaar te maken	1 juni 2022
Uiterlijk publicatie aanvullend zorginkoopbeleid	1 juli 2022
Start digitale contractering 2022	26 september 2022
Afstemmen maatwerkafspraken met zorgaanbieders	Vanaf 1 oktober 2022
Uiterlijke tekendatum. Zorgaanbieders hebben na ontvangst van het aanbod minimaal 6 weken de tijd de getekende overeenkomst te retourneren. Daarna vervalt het aanbod.	9 november 2022
Publicatie gecontracteerd aanbod op de diverse websites van de zorgverzekeringmerken van Eno via de 'Zorgzoeker'	12 november 2022
Uiterlijke administratieve verwerking van de afspraken	31 december 2022

1.8.3. Toepassing beheerste afspraken

Bij een GGZ-instelling met een maatwerkafpraak maken we afspraken over de zorg en gaan wij in gesprek over de beheersing van zorgkosten middels onder andere het omzetplafond en/of aanneemsom, gemiddelde omzet per patiënt en de hoogte van de tarieven. Voor vrijgevestigden en instellingen die onder de digitale contractering vallen hanteren wij een volumevrije afspraak en kopen we zorg in conform de professionele standaard van de beroepsgroep.

Vanwege de implementatie van het nieuwe Zorgprestatie­model en de hieruit voortkomende on­zeker­heid van de kostenontwik­keling is het mogelijk dat we voor 2023 afwijkende inkoopafspraken maken waarbij (een mate van) volumebeperking tot de mogelijkheden behoort.

In het zorgprestatie­model vervalt het onderscheid tussen basis- en gespecialiseerde GGZ. Het zorgprestatie­model biedt de mogelijkheid om per setting de zorg in te kopen. Afhankelijk van de kostenontwik­keling kan het zijn dat bepaalde settings beperkt worden ingekocht of alleen in combinatie met contractuele voorwaarden zoals een mach­tingingsvereiste of bezit van een keurmerk.

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 prijsafpraak of een beheerste afspraak zoals een omzetplafond of een aanneemsom.

Bijstelling afspraak

Uiterlijk 1 oktober 2022 kunt u bij Eno, via de bekende relatiebeheerder of via ons contactformulier aangeven of de u 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;
- Wachtlijdanpak;
- Productmix verzwaring;
- Consequenties voor de zorgverlening aan onze verzekerden.

Wij beschouwen elke aanvraag tot bijcontractering als maatwerk. Ons streven is om het proces zo zorgvuldig mogelijk te laten verlopen. Als de aanvraag volledig is en voldoet aan bovenstaande criteria streven wij ernaar om aan de aanvraag binnen vier weken af te handelen.

Toepassing uniform verzekerdenmutatiemodel (U-VMM)

In 2019 hebben Vektis en zorgverzekeraars een verzekerdenmutatiemodel voor de GGZ ontwikkeld. Het is de gezamenlijke ambitie van verzekeraars om het uniforme verzekerdenmutatiemodel een-op-een toe te passen in de zorginkoop, maar dit is op dit moment (nog) niet haalbaar. De belangrijkste reden waarom dit nog niet voor alle verzekeraars haalbaar is, is de beperkte voorspelkracht van het model, bij met name de kleinere zorgverzekeraars, zoals Eno.

Eno heeft zich landelijk ge­com­mitteerd aan het uniforme verzekerdenmutatiemodel. Eno kiest er binnen de inkoopafspraken voor om het model, alleen voor de aanbieders waarmee wij een omzetplafond of een andere vorm van een beheerste afspraak mee hebben, toe te passen als startpunt van het gesprek.

De komende jaren werken wij landelijk mee aan de verdere doorontwik­keling van het model.

1.8.4. Procedure beoordeling nieuwe aanbieders

Onder nieuwe aanbieders verstaan wij zorgaanbieders die in 2022 nog geen overeenkomst met Eno hebben. U heeft als nieuwe aanbieder tot uiterlijk 1 juni 2022 de tijd om in aanmerking te komen voor een overeenkomst 2023.

Bij de beoordeling van nieuwe aanbieders kijken wij in hoeverre u een innovatief en/of digitaal product heeft en/of zorg wordt 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, voordat zij in aanmerking komen voor een instellingsovereenkomst.

Eno behoudt zich het recht voor om u een overeenkomst te weigeren in de volgende situaties:

- Indien er geen signalen bij ons bekend zijn bij zorgbemiddeling dat de zorgplicht in het geding is;
- U alleen diagnostiek levert;
- U (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 fraudeonderzoek loopt bij Eno;
- U zich aantoonbaar negatief uitlaat over Eno;
- Uit onderzoek door een externe instantie (inspectie, NZa) is gebleken dat geen doelmatige of rechtmatige zorg is verleend;
- U zich na 1 juni 2021 bij ons meldt.

1.9. Innovatie

Innovatie is één van de speerpunten van het beleid van Eno. Wij zien dat de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg onder druk staat. Er is sprake van een toenemende zorgvraag, de zorgvraag wordt complexer en mensen wonen langer thuis. Daarnaast hebben we te maken met krapte op de arbeidsmarkt. In onze ogen kan innovatie een belangrijke bijdrage leveren om deze druk te verminderen. Patiënten vragen er ook om. De beschikbaarheid van nieuwe mogelijkheden en technieken in de zorg gaat niet voorbij aan zorgvragers en logischerwijs ontstaat daardoor de vraag naar de toepassingen. Ook zijn wij ervan overtuigd dat innovatie een bijdrage levert aan onze strategische doelen.

Met innovatie doelen wij overigens niet alleen op de technologische vernieuwingen maar ook op vernieuwende processen, sociale innovatie of nieuwe financieringsvormen. Wij maken daarom graag afspraken met u over innovaties die een aantoonbare bijdrage leveren aan onze beleidsvisie en -doelstellingen. Eno gaat daarover graag het gesprek met u aan, primair aan de hand van de bestaande innovatiemogelijkheden binnen de beleidsregelgeving van de NZa (zorgsoortspecifiek of de beleidsregel Innovatie). Meer informatie over ons algemene innovatiebeleid treft u aan op onze website.

1.10 Duurzaamheid

De zorgsector is medeverantwoordelijk voor klimaatverandering en milieuvervuiling en dat heeft ernstige gevolgen voor de leefomgeving en de gezondheid. Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om - naast onze eigen verduurzaming - een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap. Daarom gaan we ons als zorgverzekeraars gezamenlijk inzetten om de verduurzaming van de zorgsector te versnellen.

Daartoe werken we, in overleg met de verschillende zorgbranches, de inkoop van duurzame zorg verder uit. Vooruitlopend daarop verwachten we van alle zorgaanbieders dat ze zich committeren aan de landelijke CO₂-doelstellingen en, zoals afgesproken in het klimaatakkoord, hun CO₂-routekaart ontwikkelen en aanleveren.

1.11 Praktische zaken

Zorgbeleid en zorginkoop

Wilt u een contract met Eno? Of wilt u weten welk beleid Eno hanteert bij de inkoop van zorg? Stel al uw vragen hierover via ons contactformulier of via telefoonnummer (0570) 68 74 65. Ook wijzigingen van contractgerelateerde gegevens kunt u via het contactformulier doorgeven. Wilt u een wijziging van uw bankrekeningnummer doorgeven? Gebruik daarvoor het wijzigingsformulier IBAN. De formulieren kunt u vinden op onze website.

Declareren

Voor algemene informatie over declaratieverwerkingen kunt u per e-mail contact opnemen via declaratie@eno.nl. Of belt u naar (0570) 68 74 46.

Machtigingen

Voor algemene informatie over machtigingen kunt u per e-mail contact opnemen via declaratie@eno.nl u belt naar (0570) 68 74 46. Een aanvraag voor een machtiging kunt u sturen naar toestemming@eno.nl.

Daarnaast kunt u voor sommige vormen van zorg gebruik maken van het Machtigingenportaal VECOZO.

Zorginhoud

Heeft u als zorgaanbieder een vraag over vergoedingen of over de inhoudelijke voorwaarden van een van onze labels? Neemt u dan contact met ons op via ons contactformulier of (0570) 68 74 65.

AGB-code

Wilt u een AGB-code aanvragen of wijzigingen doorgeven? Gaat u dan naar de website www.agbcode.nl.

1.11.1. Niet-gecontracteerde GGZ-aanbieders

Voor gecontracteerde aanbieders hebben we in onze overeenkomst afgesproken onder welke voorwaarden zorg en in welke vorm geleverd kan worden. Als uzelf of Eno besluit geen overeenkomst met u aan te gaan geldt ons beleid ten aanzien van niet-gecontracteerde aanbieders. Hierbij geldt onder andere:

- 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 voorafgaand aan uitbetaling op rechtmatigheid bij het indienen van de nota. Het kan zijn dat wij hiervoor nadere informatie opvragen, zoals de verwijzing;
- Signalen van ondoelmatigheid melden wij bij onze afdeling Zorgcontrol;
- In onze polisvoorwaarden kunnen wij voor vormen van niet-gecontracteerde een toestemmingsvereiste opnemen.

1.12. Overzicht wijzigingen ten opzichte van 2022

- Gewijzigd is dat aanbieders moeten beschikken over een Landelijk Kwaliteitsstatuut i.p.v. model kwaliteitsstatuut
- Toegevoegd is welke eisen wij stellen aan de specifieke prestaties in de setting hoogspecialistische zorg en esketamine neusspray.
- In het zorginkoopbeleid zijn de uitgangspunten van de Juiste Zorg op de Juiste Plek opgenomen en spreken we onze voornemens uit om initiatieven in de GGZ die zich richten op het voorkomen, verplaatsen en/of vervangen van zorg te ondersteunen.
- De landelijke ambities en doelstellingen 2023 t.a.v. digitalisering zijn toegevoegd.
- Bij ons beleid t.a.v. specifieke patiëntengroepen hebben wij transgenderzorg toegevoegd.
- Het voornemen tot meerjarenafspraken in de digitale contractering is toegevoegd.
- In de inkoopprocedure is verduidelijkt met welke aanbieders wij maatwerkafspraken maken en welke aanbieders onder de digitale procedure vallen. Hierbij hebben we de PAK- en PUK aanbieders apart benoemd.
- Het belang wat we als zorgverzekeraars hechten aan duurzaamheid is toegevoegd. Dit betekent onder andere dat we van alle zorgaanbieders verwachten dat ze zich committeren aan de landelijke CO2-doelstellingen en, zoals afgesproken in het klimaatakkoord, hun CO2-route kaart ontwikkelen en aanleveren.

Disclaimer

Dit zorginkoopbeleid is opgesteld met inachtneming van de thans bekende wettelijke, beleids- en financiële kaders. Wij behouden ons 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 of onvoorziene, uitzonderlijke omstandigheden. Wij informeren u dan tijdig via onze website.

Bijlage bij zorginkoopbeleid 2023 – Geestelijke gezondheidszorg

Beleidskader verslavingszorg voor instellingen

Inleiding

Eno hanteert voor de zorginkoop 2023 een beleidskader voor verslavingszorg. Dit kader maakt onderdeel uit van de overeenkomst die Eno sluit met gespecialiseerde verslavingszorginstellingen en instellingen die gefuseerd zijn tot een GGZ-brede instelling (de zogenaamde geïntegreerde instellingen).

Het beleidskader verslavingszorg is van toepassing op instellingen die zorg leveren aan verzekerden van Eno bij wie een middelgerelateerde en verslavingsstoornis is vastgesteld conform DSM 5 en waarbij de behandeling daarvan een te verzekeren prestatie is binnen de geneeskundige GGZ, zoals dat door het Zorginstituut in diverse rapporten is vastgesteld.

Doel van dit beleid voor verslavingszorg is het inkopen van doelmatige en rechtmatige verslavingszorg die effectief is voor de verzekerden van Eno.

Ambulante zorg

Uitgangspunt van dit beleidskader verslavingszorg is dat de behandeling van de verslaving in principe ambulant wordt geleverd. De behandeling vindt daarbij plaats volgens de vigerende zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen zoals die door de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGK), Akwa GGZ en het Trimbos zijn ontwikkeld. Ambulante behandeling heeft de voorkeur bij de behandeling van verslaving in aanwezigheid van comorbide psychiatrische stoornissen die sterk verweven zijn met de verslavingsproblematiek, zoals bijvoorbeeld psychotrauma en/of een (licht) verstandelijke beperking. Er dient dan wel sprake te zijn van geïntegreerde behandeling van beide stoornissen (verslaving en de andere psychische aandoening) (Van Wamel & Neven, 2015).

Disclaimer

Wat een te verzekeren prestatie is, hangt onder meer af van de stand van de wetenschap en praktijk. De stand van de wetenschap en praktijk verandert regelmatig. Het is dus mogelijk dat nieuwe wetenschappelijke onderzoeken, of het uitkomen van nieuwe richtlijnen en/of zorgstandaarden leiden tot nieuwe inzichten.

Nicotineverslaving

Nicotineverslaving wordt altijd meebehandeld met de verslaving waarvoor behandeling in de geneeskundige GGZ geïndiceerd is (GGZ Nederland, 2018). Maar als de verslaving waarvoor behandeling in de GGZ gestart was, voldoende is behandeld voor overdracht naar de eerste lijn, dan is de aanwezigheid van een nicotineverslaving geen grond meer om een patiënt in de geneeskundige GGZ te blijven behandelen.

Dagbehandeling

Dagbehandeling kan aangewezen zijn als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen. Bij dagbehandeling dient, conform de geldende richtlijn, de interactie met de sociale omgeving van de verzekerde gegarandeerd te zijn. Dagbehandelingen waarbij de interactie met de sociale omgeving van de verzekerde niet geëffectueerd kan worden, zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront, kunnen niet ten laste van de verzekering gebracht worden (Zorginstituut Nederland, 2014).

Klinische behandeling

Alleen patiënten met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid kunnen aangewezen zijn op klinische behandeling. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Alle opname-indicaties worden besproken in een MDO. Als een patiënt niet aantoonbaar aan deze indicatiecriteria voldoet, is hij niet redelijkerwijs aangewezen op verblijf (Zorginstituut Nederland, 2014). De indicatie voor opname wordt op een gestructureerde manier gesteld met een triage-instrument (de Mate of EuropASI). De wens van de patiënt om opgenomen te worden is daarbij niet leidend.

Tijdens het verblijf gelden dezelfde behandelprincipes als die zijn beschreven bij ambulante zorg. In aanvulling daarop wordt tijdens een klinisch verblijf regelmatig geëvalueerd of de patiënt nog aangewezen is op voortzetting van het klinisch verblijf. De inzet van therapeutisch proefverlof is daarbij essentieel. Het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg.

Klinische detoxificatie moet door de instelling zelf worden uitgevoerd. Als de klinische detox wordt uitgevoerd door een andere instelling, dan dient er een samenwerkingsovereenkomst aanwezig te zijn waarin onder andere de dossieroverdracht is vastgelegd. Bij klinische detoxificatie dient altijd een verslavingsarts en/of psychiater aanwezig te zijn. Bij ambulante detoxificatie is 24-uurs beschikbaarheid van een verslavingsarts en/of psychiater vereist.

Dagbesteding

Dagbesteding is het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de verzekerde. Binnen de Zvw (gefinancierde) geneeskundige GGZ is het van belang dat de dagbesteding:

- Altijd in het kader is van de (psychiatrische) behandeling;
- Terug te vinden is in het behandelplan van de verzekerde, dat is opgesteld door de behandelaar.

Dagbesteding is dus niet:

- Een reguliere dagstructuur die in een 24-uurs verblijfsituatie wordt geboden;
- Een welzijnsactiviteit zoals zang, bingo, uitstapje en dergelijke.

Dagbesteding kan alleen gedeclareerd worden in combinatie met verblijf.

Klinische behandeling in het buitenland

Zoals eerder beschreven, beschouwen we het therapeutisch proefverlof als een essentieel onderdeel van de behandeling. Dit therapeutisch proefverlof dient uiteraard in de eigen (woon)omgeving plaats te vinden, om de situatie na het klinisch verblijf zo goed mogelijk na te bootsen. Dit is niet mogelijk bij opname in het buitenland. Daarom beschouwen wij klinische behandeling in het buitenland als niet conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Nazorg

Aansluitend aan een ambulant of klinisch behandelprogramma volgt altijd een nazorgtraject, dat daarom een integraal onderdeel uitmaakt van het bij aanvang opgestelde behandelplan. Vormen van nazorg kunnen zijn: ambulante monitoring en/of zelfhulpgroepen. In principe levert de instelling zelf de nazorg en informeert en stimuleert hun verzekerden in contact te komen met zelfhulpgroepen.