

# Zorginkoopbeleid 2022

## Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

# 1. Zorginkoopbeleid 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 vragen.

In 2022 gaat de GGZ over naar de nieuwe bekostiging: het Zorgprestatiemodel. Dit vraagt om aanpassingen in ons beleid en inkoopproces. Wij volgen de landelijke ontwikkelingen en afspraken die van invloed kunnen zijn op de zorginkoop 2022. Op het moment van publiceren van dit zorginkoopbeleid zijn deze afspraken nog niet bekend. Wanneer dit wel het geval is, publiceren wij aanvullend beleid.

## 1.1. Visie op GGZ

Eno sluit zich aan bij de gezamenlijke visie zorgverzekeraars op de GGZ in 2025<sup>1</sup>.

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 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 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.

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 voor een grotendeels gestandaardiseerde zorginkoop en ligt de focus op een goede contracteergraad om aan onze zorgplicht te voldoen. Bij grotere aanbieders buiten de regio kunnen wij zelfstandig besluiten om inhoudelijke en innovatieve afspraken van andere verzekeraars te volgen.

### 1.1.1. Zorgprestatiemodel

Zorgaanbieders, zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars en de overheid werken samen aan een nieuwe bekostiging voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de forensische zorg (FZ): het Zorgprestatiemodel. Deze bekostiging gaat per 2022 in en geldt voor de generalistische basis GGZ (GB-GGZ), voor de gespecialiseerde GGZ (G-GGZ) inclusief jaar 2 en 3 van de langdurige GGZ (L-GGZ). Het zorgprestatiemodel geeft sneller inzicht in zorguitgaven, omdat prestaties zijn gekoppeld aan een dag in plaats van aan een zorgtraject van 365 dagen. Dit zorgt er ook voor dat het schadebegrip van zorgverzekeraars en het omzetbegrip van zorgaanbieders beter op elkaar aansluiten.

Eno ziet in deze bekostiging kansen om in de toekomst afspraken te maken op inhoud van zorg. Dit hangt echter samen met de landelijke veldafspraken en beschikbaarheid van data om hier daadwerkelijk sturing aan te geven. Door de invoering van het zorgprestatiemodel zijn de inspanningen van Eno er daarom het eerste jaar op gericht een soepele overgang te realiseren. We kiezen ervoor om in 2022 het huidige beleid voort te zetten met hierbij de focus op het omzetten van huidige contractafspraken naar het nieuwe model. Uitgangspunt hierbij blijft het beschikbare financiële macrokader zoals landelijk door VWS is vastgesteld en in lijn met de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord GGZ 2019-2022.

---

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

## 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 (GGZ) beslaat de GGZ-instellingen en de vrijgevestigde GGZ-zorgaanbieders die generalistische basis GGZ (GB-GGZ) en/of gespecialiseerde GGZ (G-GGZ) en/of langdurige GGZ (L-GGZ) leveren. 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 en multidisciplinaire zorg.

### 1.2.2. Inkoopkader acute GGZ

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

### 1.2.3. GGZ in de Wlz

Zorg die wordt ingekocht bij verpleeg- of verzorgingshuizen wordt gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) en valt daarmee niet onder dit inkoopkader. Vanaf 2021 kunnen patiënten 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-cliënten blijft ook in 2022 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 via de zorgkantoren verlopen. Eno spant zich samen met Zorgkantoor Midden-IJssel ervoor in dat de overgang voor de cliënten in deze regio soepel verloopt.

### 1.2.4. Financieel kader

Eno neemt het hoofdlijnenakkoord GGZ 2019-2022 als uitgangspunt voor het maximaal groeikader voor de sector. De mutaties in het financiële macrokader opgesteld door VWS zijn bepalend voor de maximale prijsbijstelling. Als gevolg van de invoering van het nieuwe zorgprestatie model is een herijking van de zorgkostenvergoeding per setting noodzakelijk en het gedifferentieerd toepassen van de maximale beschikbare prijsmutatie mogelijk. Op macroniveau is het uitgangspunt dat de invoering van het zorgprestatie model budgetneutraal plaatsvindt.

## 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 die richtlijnen bepaalde kwaliteitseisen staan, worden deze opgenomen in onze overeenkomsten.

Eno onderscheidt in haar contractering individuele zorgverleners (vrijgevestigden) en instellingen. 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.

### 1.3.1. Minimale eisen vrijgevestigden

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

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 link: [www.mindplatform.nl](http://www.mindplatform.nl);
- stelt zich ten doel om de verzekerdenveiligheid te vergroten, bijvoorbeeld middels 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.

Er worden landelijk in- en exclusiecriteria opgesteld voor behandelsettings, onder andere voor hoogspecialistische en beveiligde zorg waardoor het kan zijn dat er voor specifieke aanbieders of vormen van zorg aanvullende minimale eisen gelden voor contractering.

## 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

Elke GGZ-aanbieder is wettelijk verplicht om over een geldig en goedgekeurd model kwaliteitsstatuut 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. 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.

### 1.4.2. Gebruik zorgprogramma's en kwaliteitsstandaarden

De zorgaanbieder 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. De zorgaanbieder 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 geestelijke gezondheidszorg 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. 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.

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).

### 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 als leidraad heeft gediend. 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 ambulante 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 zorgaanbieders 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 die vanuit het landelijk project Zorgprestatie-model in samenwerking met het veld ontwikkeld worden.

### 1.5.2. Patiëntgerichte zorg op de juiste plek

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. 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 in 2020 opgestarte project tussen Stichting Vriendendiensten en de Dimence-groep in de regio Midden-IJssel is hier een goed voorbeeld van.

Onder patiëntgerichte 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, gaan wij er vanuit dat GGZ-instellingen hun cliëntenraden om input vragen ten behoeve van het inkoopproces. In regionale overleggen met ketenpartners vinden we het van belang dat er een afvaardiging vanuit patiënten vertegenwoordigd is.

### 1.5.3. Digitalisering

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 ons beleid op digitalisering en innovatie verwijzen wij naar onze website.

### 1.5.4. Substitutie naar basis GGZ

Hoewel er in het zorgprestatiemodel 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. De generalistische basis GGZ is bedoeld voor integrale behandelingen van klachten met laagcomplexe 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. 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 patiënt 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.

## 1.6. Toegankelijkheid

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

### 1.6.1. 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 wachtlijstproblematiek monitoren. Hiervoor is het van belang om inzicht te krijgen in het aantal wachtenden. Van zorgaanbieders vragen wij om te handelen conform de Transparantieregeling zorgaanbieders GGZ van de NZa.

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.

### 1.6.2. Inkoop van zorg voor specifieke patiëntengroepen

#### **Langdurige 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. Zorgaanbieders die deze zorg leveren, beschikken aantoonbaar over faciliteiten en programma's die de zelfredzaamheid van de patiënten 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 is het een vereiste dat de 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 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. Deze kunt u vinden op onze website.

#### **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 door de zorgaanbieder een onderbouwde opgave van de verwachte kosten.

#### **Beveiligde zorg**

Eno volgt de implementatie van de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde zorg. In 2022 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 kan worden 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. Het Convenant Capaciteit Beveiligde Bedden Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg maakt onderdeel uit van de overeenkomsten die wij met aanbieders van beveiligde zorg sluiten.

#### **Wet verplichte GGZ (Wvvggz)**

Wij vinden het belangrijk dat zorg die geleverd wordt vanuit de Wvvggz geborgd blijft. Met onze maatwerk-aanbieders 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.

#### **Hoogspecialistische GGZ**

Wanneer er sprake is van hoogspecialistische GGZ contracteren wij deze op basis van het tarief voor de setting hoogspecialistische GGZ in het Zorgprestatie-model. Eno sluit zich aan bij de, in ontwikkeling zijnde, handreiking voor hoogspecialistische GGZ waarin onder andere gezamenlijke criteria worden opgesteld voor contractering. Zodra deze gereed zijn, publiceren wij deze.



## 1.7. Vermindering administratieve lasten

Eno streeft ernaar om de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden. Eno sluit 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)

### 1.7.1. Meerjarenovereenkomsten

Eno sluit bij de inkoop 2022 geen meerjarenovereenkomsten bij digitale contractering af, in verband met de invoering van de nieuwe bekostiging.

Met maatwerkinstellingen verkennen wij wel de mogelijkheid voor meerjarenovereenkomsten met shared savings. Belangrijk hierbij vinden we: inzet van passende zorg, juiste zorg op de juiste plek, aanpak wachttijden, substitutie naar lichtere vormen van zorg en digitalisering. Belangrijk hierbij vinden we dat doelstellingen zo SMART mogelijk geformuleerd worden en er aantoonbare monitoring plaatsvindt.

## 1.8. 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.

### 1.8.1. Inkoopprocedure

Voor de contractering maakt Eno onderscheid tussen:

1. Maatwerkafspraken: een reeks van persoonlijke inkoopgesprekken. Deze werkwijze geldt voor instellingen waarbij sprake is van een substantieel marktaandeel voor Eno.
2. Semi-maatwerkafspraken: voornamelijk een digitaal proces inclusief de mogelijkheid van een inkoopgesprek. Deze werkwijze geldt voor grote geïntegreerde instellingen buiten de regio waarbij Eno substantiële schadelast heeft.
3. Digitale contractering: een volledig digitaal proces, er wordt een gestandaardiseerd aanbod in VECOZO aangeboden. Deze werkwijze geldt voor vrijgevestigde zorgaanbieders en instellingen met een beperkt aandeel in de zorgkosten van Eno.
4. Aanbieders die in 2021 geen contract hebben. Hiervoor geldt de procedure beoordeling nieuwe aanbieders.

### **VEVOZO en contracteermodule**

Wij contracteren alle zorgaanbieders via VECOZO. De aanbieders die onder het segment digitale contractering vallen, ontvangen uiterlijk begin oktober 2021 een uitnodiging om een vragenlijst in VECOZO in te vullen. Op basis van de ingevulde vragenlijst wordt via de VECOZO-contracteermodule een passende zorgovereenkomst 2022 aangeboden. Voor wat betreft de aanbieders waarmee Eno (semi) maatwerk afspraken maakt, stemmen we de prijslijst via de VECOZO-onderhandelmodule met u af.

### **Disclaimer procedure zorginkoop**

Er worden landelijk in- en exclusiecriteria opgesteld voor behandelsettings. Daarnaast vindt er simulatie plaats door zorgaanbieders en zijn verzekeraars in gesprek met de NZa over de beschikbare data die zorgverzekeraars ontvangen. Hierdoor kunnen wij op dit moment nog niet publiceren wat het effect van de implementatie van het Zorgprestatie model op onze inkoopprocedure is. Eventuele wijzigingen in onze inkoopprocedure publiceren wij uiterlijk 1 juli.



### 1.8.2. Tijdsplan

Wij streven naar een tijdige aanbieding 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 2022. Eno hanteert voor de GGZ de volgende planning voor het inkoopproces.

Fase	Datum
Publicatie zorginkoopbeleid 2022 op <a href="http://www.eno.nl">www.eno.nl</a>	1 april 2021
Sluitingstermijn voor nieuwe zorgaanbieders om zich kenbaar te maken	1 juni 2021
Uiterlijk publicatie aanvullend zorginkoopbeleid	1 juli 2021
Afstemmen (semi) maatwerkafspraken met zorgaanbieders	september – november 2021
Uiterlijke aanbidding vragenlijst 2022	oktober 2021
Uiterlijk retourontvangst getekende overeenkomst van zorgaanbieder. Zorgaanbieders hebben na ontvangst van het aanbod minimaal 6 weken de tijd de getekende overeenkomst te retourneren. Daarna vervalt ons aanbod.	9 november 2021
Publicatie gecontracteerd aanbod op de diverse websites van de zorgverzekeringsmerken van Eno via de 'Zorgzoeker'	12 november 2021
Administratieve verwerking van de afspraken	31 december 2021

### 1.8.3. Toepassing beheerste afspraken

Bij een GGZ-instelling met een (semi) maatwerkafpraak 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 in principe een volumevrije afspraak. Vanwege de implementatie van het nieuwe Zorgprestatiemodel en de hieruit voortkomende onzekerheid van de kostenontwikkeling is het mogelijk dat we voor 2022 afwijkende inkoopafspraken maken waarbij (een mate van) volumebeperking tot de mogelijkheden behoort.

#### 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 2021 kan een zorgaanbieder bij Eno, via de bekende relatiebeheerder of via ons contactformulier 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;
- Wachtlijstaanpak;
- 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.

#### 1.8.4. Procedure beoordeling nieuwe aanbieders

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

Bij de beoordeling van nieuwe aanbieders kijken wij in hoeverre 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 als niet aan onderstaande eisen/criteria wordt voldaan:

- Indien er geen signalen bij ons bekend zijn bij zorgbemiddeling dat de zorgplicht in het geding is.
- 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 fraudeonderzoek 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 2021 bij ons meldt.

### 1.9. Innovatie

Eno staat open voor projecten en innovaties die bijdragen aan de speerpunten van dit zorginkoopbeleid. Daarnaast willen de zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders komen tot een generiek benaderbare landelijke zorginfrastructuur voor zorgcommunicatie. Over ons beleid [innovatie en digitalisering](#) treft u op onze website alle informatie aan. Hier kunt u ook lezen welke criteria wij hanteren voor het beoordelen van projecten.

### 1.10. 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](#).

#### Declareren

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

#### Machtigingen

Voor algemene informatie over machtigingen kunt u per e-mail contact opnemen via [toestemming@eno.nl](mailto:toestemming@eno.nl). Stuur aanvragen voor een machtiging naar:

Eno  
Afdeling Declaratie  
Antwoordnummer 30  
7400 VB Deventer

## 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 [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl).

### 1.10.1. Niet-gecontracteerde GGZ-aanbieders

Voor gecontracteerde aanbieders hebben we in onze overeenkomst afgesproken onder welke voorwaarden zorg in welke vorm geleverd kan worden. Als uzelf of Eno besluit geen overeenkomst met ons 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.

### 1.11. Overzicht wijzigingen ten opzichte van 2021

- De inkoopprocedure wijzigt als gevolg van de implementatie van het Zorgprestatie-model. Gezien de onzekerheid van landelijke ontwikkelingen en afspraken kunnen we deze wijzigingen op dit moment nog niet concreet publiceren. Zodra deze bekend zijn, zullen wij aanvullend beleid publiceren.
- De minimale eisen die wij stellen aan zorgaanbieders staan explicieter uitgeschreven in ons zorginkoopbeleid, maar zijn inhoudelijk niet gewijzigd ten opzichte van dat wat er in 2021 in onze overeenkomsten stond opgenomen;
- Ons bestaande inkoopkader voor verslavingszorg ontvingen aanbieders eerder bij de overeenkomst. Dit publiceren we nu als bijlage bij ons zorginkoopbeleid, zodat dit op voorhand transparant is. Het beleid is inhoudelijk niet gewijzigd;
- We hebben in ons inkoopbeleid opgenomen hoe wij omgaan met de inkoop van specifieke patiëntengroepen waaronder de beveiligde zorg, Wvvgz, complexe casuïstiek en hoog specialistische zorg;
- We hebben in ons inkoopbeleid vermeld dat Eno aansluit bij de landelijke afspraken rondom vermindering administratieve lasten, waaronder landelijke verwijsafspraken en uniformering algemene bepalingen in de overeenkomst. Dit beleid is inhoudelijk niet gewijzigd;
- In ons inkoopproces hebben we opgenomen welke contractvormen we onderscheiden en de wijze waarop wij gebruik maken VECOZO;
- Bij het beoordelen van nieuwe aanbieders is als criteria opgenomen dat er concrete signalen bij ons bekend moeten zijn van verzekerden bij zorgbemiddeling;
- Bij het proces bijstelling afspraak hebben we een afhandeltermijn opgenomen.

# Bijlage bij zorginkoopbeleid 2022 – Geestelijke gezondheidszorg

## Beleidskader verslavingszorg voor instellingen

### Inleiding

Eno hanteert voor de zorginkoop 2022 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 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 dagstructurering die in een 24-uurs verblijfssituatie 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.