

Zorginkoopbeleid 2021

Inhoudsopgave

1	Algemeen	3
2	Wijkverpleging	9

Disclaimer

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



1 Algemeen

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

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

1.1 Uitgangspunten voor de inkoop van zorg

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

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

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

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

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

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

1.2 Toekomstbestendige zorg in de regio

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

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

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

1.2.1 De basis op orde en zorgvernieuwing

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

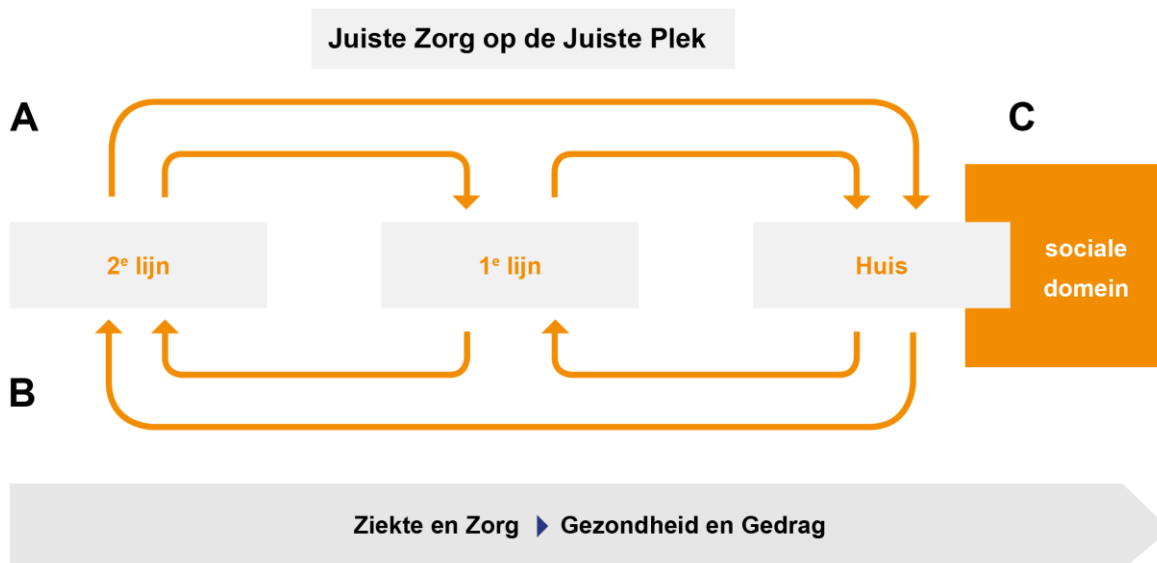
In de hoofdlijnenakkoorden is vastgelegd dat partijen een feitelijk beeld maken van de sociale situatie en de gezondheidssituatie, en de opgave in de regio. Eno neemt het initiatief om dit, samen met stakeholders uit de regio, in beeld te brengen. Dit feitelijke beeld van de regio maakt de knelpunten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

1.3 Innovatie van zorg

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

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

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



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

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

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

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

1.4 Het betrekken van onze leden en verzekerden

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

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

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

1.5 Vermindering regeldruk

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

1.6 Praktische zaken

1.6.1 Contracteerbeleid

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

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

1.6.2 Nieuwe aanbieders

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

1.6.3 Kwaliteit en doelmatigheid

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

1.6.4 Contractduur

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

1.6.5 Planning

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

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

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

1.6.6 Contact met ons

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

2 Wijkverpleging

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

2.1 Aanspraak wijkverpleging

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

2.2 Zorginkoopbeleid Wijkverpleging

2.2.1 Uitgangspunten inkoop 2021

2.2.1.1 Visie op wijkverpleging

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.1.2 Speerpunten zorginkoop wijkverpleging

Indicatiestelling

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

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

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

Kwaliteit en uitkomsten van zorg

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

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

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

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

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

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

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

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

- Kwetsbaarheid;
- Ongeplande ziekenhuisbezoeken.

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

Doelmatigheid

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

2.2.1.3 Speciale doelgroepen en zorg

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

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

Dementiezorg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹ Anne Mei The: Tao of Care

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

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

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

Ketenzorg Dementie

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

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

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

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

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

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

Casemanagement dementie

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

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

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

Palliatief-terminale zorg

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

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

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

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

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

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

Aanvullend stellen wij de volgende voorwaarden aan palliatief terminale zorg;

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

Zorg aan kinderen

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

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

Voorwaarden voor het leveren van Medische Kindzorg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Regiefunctie complexe wondzorg

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

Regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg

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

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

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

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

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

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

Bij het maken van bekostigingsafspraken gelden de volgende uitgangspunten:

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

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

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

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

Niet- cliëntgebonden wijkgerichte zorg

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

2.2.2 Innovatief zorgaanbod

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

Thuiszorgtechnologie

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Minimale eisen aan zorgaanbieders en zorgverlening

2.2.3.1 Minimumeisen aan zorgaanbieders

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

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

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

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

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

2.2.4 Inkoop en contractvormen

2.2.4.1 Nieuwe zorgaanbieders

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

2.2.4.2 Soorten overeenkomsten

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

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

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

Eno biedt voor de contractering verschillende contractvormen.

Standaardovereenkomst

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

Zzp-overeenkomst

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

Maatwerkovereenkomst

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

Voor een maatwerkovereenkomst komen partijen in aanmerking die:

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

2.2.4.3 Tariefstelling

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

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

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

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

2.2.5 Wijzigingen ten opzichte van 2020

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

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

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